



 *Ministero dell’Istruzione*

Istituto Comprensivo “Arturo Toscanini”

Via Amburgo, 5 - 04011 Aprilia 0692731641 - Cod.fisc. 91017040592 - Cod.mecc. LTIC84400E

LTIC84400E@PEC.ISTRUZIONE.IT LTIC84400E@ISTRUZIONE.IT sito web:www.ictoscaniniaprilia.edu.it

 **Adesione all'applicazione**

 

Al Dirigente

dell’**Istituto Comprensivo A. Toscanini**

04011 APRILIA

tramite email: **ltic84400e@istruzione.it**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(cognome) (nome)*

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Codice fiscale richiedente**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Dichiara di essersi iscritto a Pago in Rete in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Chiede pertanto di essere associato all’alunno/i (nel caso di più figli iscritti in questo Istituto)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(cognome) (nome)*

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Codice fiscale alunno**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(cognome) (nome)*

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Codice fiscale alunno**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

In qualità di :

 ⃝ Padre; ⃝ Madre;

⃝ Delegato;

⃝ Responsabile genitoriale;

data:\_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

**Dichiarazione di adesione al progetto PagoInRete**

Con la presente adesione il/la sottoscritto/a autorizza **Istituto Comprensivo A. Toscanini email: ltic84400e@istruzione.it** - ad associare il Suo nominativo al nominativo dell’alunno/degli alunni sopraindicati al fine di utilizzare l'applicazione PagoInRete per effettuare pagamenti destinati alla scuola.

Luogo e data Firma richiedente

............................................................................... ..........................................................