

Allegato 1

Adesione all'applicazione

Io sottoscritto/a _____, in

qualità di:

- Padre
- Madre
- Tutore
- Responsabile genitoriale

comunico all'Istituzione scolastica il mio Codice Fiscale: _____
da associare :

Cognome e Nome del primo figlio/ studente presso l'Istituto

_____ Plesso _____ Classe _____ Sezione _____

Cognome e Nome dell'eventuale secondo figlio/ studente presso l'Istituto

_____ Plesso _____ Classe _____ Sezione _____

Cognome e Nome dell'eventuale terzo figlio/ studente presso l'Istituto

_____ Plesso _____ Classe _____ Sezione _____

Dichiarazione di adesione al progetto PagoInRete

La presente adesione consentirà all'Istituto IC " G.Galilei" di Tradate di associare il Suo nominativo al nome dell'alunno/degli alunni per potere utilizzare l'applicazione PagoInRete per effettuare pagamenti destinati alla scuola.

La presente adesione dovrà essere inviata via e-mail entro il 04 ottobre 2021 alla seguente casella di posta: vaic814007@istruzione.it

Luogo e data

Firma del genitore o del tutore
