

Adesione all'applicazione

Al Dirigente
dell'Istituto Comprensivo Lovere
Via Dionigi Castelli, 2– 24065 Lovere
e-mail: segreteria@iclovere.gov.it

Il/la sottoscritto/a

Cognome

Nome

Barrare la casella corrispondente (*cliccare sul quadratino*)

- Padre
 Madre
 Tutore

Indirizzo e-mail

al fine di utilizzare l'applicazione PagoInRete, chiede di associare il proprio nominativo ai sottoindicati figli:

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

..... Classe Sezione

Cognome e Nome del **secondo** figlio studente presso l'Istituto

..... Classe Sezione

Cognome e Nome del **terzo** figlio studente presso l'Istituto

..... Classe Sezione

Dichiarazione di adesione al progetto PagoInRete

Con la presente adesione il/la sottoscritto/a autorizza l'Istituto Comprensivo Lovere Via Dionigi Castelli, 2– 24065 Lovere e-mail: segreteria@iclovere.gov.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 del genitore o del tutore

.....