

Al Dirigente dell'Istituto Comprensivo di Traversetolo

I sottoscritti:

madre: Cognome _____ Nome _____

padre: Cognome _____ Nome _____

tutore: Cognome _____ Nome _____

al fine di utilizzare l'applicazione PagoInRete, chiedono di associare i propri nominativi

al/alla **figlio/a**:

Cognome _____ Nome _____

Classe _____ Sezione _____

Scuola: ☐ infanzia ☐ primaria ☐ secondaria di 1° grado

Dichiarazione di adesione al progetto PagoInRete

Con la presente adesione i sottoscritti autorizzano **l'Istituto Comprensivo di**

Traversetolo email: pric819001@istruzione.it - ad associare i propri nominativi a

quello dell'alunno/a sopraindicato/a al fine di utilizzare l'applicazione PagoInRete per effettuare pagamenti destinati alla scuola.

Traversetolo, li _____

Firma dei genitori o del tutore

