GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Educación, Cultura y Deporte

E.O.I. de Sabiñánigo

SOLICITUD DEVOLUCIÓN DE TASAS

El/la alumno/a _____

con DNI _____ domiciliado/a en _____

teléfono _____ y correo electrónico_____

matriculado/a en el idioma _____ nivel _____curso_____

grupo_____

EXPONE:

_____

_____

_____

_____

SOLICITA:

Le sea concedida la devolución de las tasas abonadas.

Nº de cuenta (incluir IBAN) en el que desea recibir dicha devolución,

En _____, a ____ de _____ de 20____

(Firma del solicitante)

A/A Sr/a Director/a de la Escuela Oficial de Idiomas de SABIÑÁNIGO.