

Milano, \_\_\_\_\_

Spett.le Università Vita Salute San Raffaele  
Via Olgettina 58, MILANO  
FAX: 0291971.453

**Oggetto: Richiesta rimborso**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, Matricola n. \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, e residente a \_\_\_\_\_,  
in via \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_, recapito telefonico (1) \_\_\_\_\_,  
recapito telefonico (2) \_\_\_\_\_

**Chiede il rimborso**

del pagamento effettuato in data \_\_\_\_\_ per un ammontare di € \_\_\_\_\_,  
motivo della richiesta: \_\_\_\_\_

Dati bancari:

Banca \_\_\_\_\_ Agenzia \_\_\_\_\_

Cin \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ Conto Corrente n. \_\_\_\_\_

Intestato a \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

**Allega alla presente la fotocopia del pagamento effettuato.**

In fede

\_\_\_\_\_