

## Adesione all'applicazione



Al sig. Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo  
CORTEMILIA - SALICETO

tramite email: [cnic81600c@istruzione.it](mailto:cnic81600c@istruzione.it)

Il/la sottoscritto/a .....

Cognome .....

Nome .....

Codice Fiscale .....

Barrare la casella corrispondente o evidenziare:

- Padre
- Madre
- Tutore

Indirizzo e-mail .....

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

Cognome e Nome del **primo** figlio studente presso .....

..... Classe ..... Sezione e corso .....

Codice Fiscale .....

Cognome e Nome del **secondo** figlio studente presso .....

..... Classe ..... Sezione e corso .....

Codice Fiscale .....

Cognome e Nome del **terzo** figlio studente presso .....

..... Classe ..... Sezione e corso .....

Codice Fiscale .....

### Dichiarazione di adesione al progetto PagoInRete

Con la presente adesione il/la sottoscritto/a autorizza l'**Istituto Comprensivo Cortemilia - Saliceto**, e-mail: [cnic81600c@istruzione.it](mailto:cnic81600c@istruzione.it) ad associare il Suo nominativo al nominativo dello/a Studente/ssa/degli Studenti sopraindicati al fine di utilizzare l'applicazione PagoInRete per effettuare pagamenti destinati alla scuola.

Luogo e data .....

Firma del genitore o del tutore .....