



Datos Registro.

EXPTE.:

**ÁREA DE EDUCACIÓN
SOLICITUD DEVOLUCIÓN DE
INGRESOS****Alumno**

Apellidos y Nombre:

N.I.F.:

Nº de Registro de la solicitud original:

Datos del titular del recibo (Padre / Madre / Tutor / Alumno)

Apellidos y Nombre:

D.N.I./N.I.F.:

Correo electrónico:

Domicilio vía:

Nº

Portal:

Piso:

Puerta:

Población:

Provincia:

C. Postal:

Teléfono Fijo:

Teléfono Móvil:

FAX:

Datos del ingreso

Nº Recibo	Concepto	Periodo	Fecha y entidad pago	Importe

Documentación a aportar

Fotocopia DNI

Acreditación representación

Otros

Motivos para la solicitud de la devolución

Fecha

Otra documentación

Duplicidad de pago	Imp. 1º pago: Imp. 2º pago:		Original recibo Copia recibo duplicado
Ingreso Excesivo	Imp. debido: Imp. pagado:		Justificante de pago
Otros motivos			Documento acreditativo

Observaciones: (documentación de interés aportada)

SOLICITO la devolución de ingresos por importe de

€ con los intereses que sean de aplicación.

Forma de pago: (exclusivamente mediante transferencia bancaria en cuenta a nombre del titular del derecho a la devolución)

Nº CUENTA/ IBAN (24 p.)

E S

Autorizo a recibir comunicaciones electrónicas vía correo electrónico o SMS relativas a Educación.

LA RESOLUCIÓN SE ENTENDERÁ NOTIFICADA AL HACER EFECTIVA LA DEVOLUCIÓN, SI COINCIDE CON EL IMPORTE PRINCIPAL SOLICITADO.

Lugar y Fecha

/

/201

Firma del solicitante