

OGGETTO: DOMANDA ESAMI DI IDONEITÀ / INTEGRATIVI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

COGNOME E NOME DEL GENITORE

GENITORE DELL'ALUNNO/A _____

NATO/A A _____ (PROV. _____) IL _____

RESIDENTE IN _____ ALLA VIA _____

FORNITO/A DI (INDICARE IL TITOLO DI STUDIO OPPURE LA CLASSE E RELATIVO INDIRIZZO SCOLASTICO

ALLA QUALE SI E' STATI PROMOSSI) _____

CONSEGUITO/A NELL'ANNO SCOLASTICO _____ / _____ PRESSO L'ISTITUTO

_____ DI _____

LINGUA/E STRANIERA/E STUDIATA/E _____

CHIEDE

ALLA S.V. DI ESSERE AMMESSO/A A SOSTENERE GLI ESAMI DI ☐ IDONEITA' - ☐ INTEGRATIVI -

ALLA CLASSE _____ INDIR. SCOLAST. _____ PER L'A. S. _____ / _____ .

DICHIARA DI NON AVERE PRESENTATO ANALOGA DOMANDA IN ALTRI ISTITUTI DELLA PROVINCIA.

ALLEGA:

TITOLO DI STUDIO / PAGELLA / CERTIFICATO DI IDONEITA'

VERSAMENTO EURO 12,09 SUL CCP 1016 INTESTATO A AGENZIA DELLE ENTRATE - PESCARA

VERSAMENTO EURO 70,00 SUL CCP 11505815 INTESTATO A LICEO "JOMMELLI" DI AVERSA

CELLULARE GENITORE: _____

DATA _____

FIRMA _____