

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.S.I.S.S. "G. CARDUCCI"
Via Anna Romano Assenza

COMISO

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____,
residente a _____ in via _____
tel/cell. _____ madre/padre dell'alunno/a _____
nato/a a _____ il _____

C H I E D E

Alla S.V. che il/la proprio/a figlio/a possa sostenere gli esami di **idoneità/integrativi**
per la frequenza della classe ____ indirizzo Artistico/Classico/Scientifico/Tecnico E.

nell'anno scolastico 20 ___/20 ___ per le seguenti materie:

- _____
- _____
- _____
- _____

Dichiara sotto la propria responsabilità che non ha presentato, né presenterà, domanda di ammissione a sostenere gli esami in altre scuole od istituti per il corrente anno scolastico, e di essere a conoscenza che la presentazione di altre domande rende nulli gli esami.

Allega alla presente:

- Copia dei programmi (da presentare almeno **15 giorni** prima dell'inizio degli esami);
- Ricevuta di versamento di € **12.09** sul C/C postale n. 205906 -Intestato Agenzia delle Entrate Tasse Scolastiche Sicilia - Causale: Tassa Esami Idoneità o Integrativi;
- Pagella/e

Comiso, _____

Con Osservanza
