DOMANDA ESAMI INTEGRATIVI

Il/la sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via/piazza _____

tel. _____ cellulare _____

C H I E D E

che il/la proprio figlio/a possa sostenere gli esami integrativi per la successiva iscrizione

all'a.s._____ classe_____ indirizzo studi_____

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

D I C H I A R A che il figlio

1) è in possesso del titolo di studio _____

ottenuto presso l'Istituto _____ a.s. _____

2) ha frequentato l'Istituto _____ a.s. _____

classe _____ indirizzo studi _____

3) lingue studiate _____

4) ritirato dall'Istituto _____

data del ritiro_____

L'esame integrativo da sostenere sulle seguenti materie:

_____

_____

_____

_____

in fede

Milano, _____

_____

Allega alla presente:

- attestazione del versamento (a nome dello studente di **euro 12,09 sul C/C 1016** (intestato: AGENZIA DELLE ENTRATE-CENTRO OPERATIVO DI PESCARA-TASSE SCOLASTICHE)
- 2 foto