

Il sottoscritto GENITORE

(In stampatello)

dell'ALUNNA/O

(In stampatello)

Nato/a a :

il

### CHIEDE

Che il/la propria/o figlio/a sia ammesso/a a sostenere:

- ESAMI di IDONEITA'/INTEGRATIVO

alla CLASSE \_\_\_\_\_

presso questo Istituto per l'a.s. \_\_\_\_\_

Dichiara, sotto, la propria responsabilità:

- Che è residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Mail (in stampatello) \_\_\_\_\_

- Che non ha presentato nè presenterà analoga domanda presso altri Istituti, pena annullamento dell'esame stesso.

- Fa presente di essere in possesso del seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_

conseguito presso: \_\_\_\_\_

Allega alla presente:

- a) **ricevuta della tassa versata** in data \_\_\_\_\_ a mezzo modello F24 all'Agenda delle Entrate per l'importo di € 12,09 indicando il codice tributo TSC3 denominato "*Tasse scolastiche - esame*" oppure tramite il sistema Pago in Rete;
- b) **ultimo titolo di studio**: diploma di Scuola Secondaria di 1° grado, pagella scolastica;
- c) programmazioni relative ai percorsi scolastici/formativi svolti, distinti per materia.

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del candidato

\_\_\_\_\_