

Al Dirigente Scolastico
I.S.I.S.S. "G.Galilei- F.Bocchialini"

DOMANDA ESAMI INTEGRATIVI

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n° _____
C.A.P. _____ tel _____ .cell. _____
in possesso di _____ alla classe _____ conseguita
nell'a.s. _____ presso _____

CHIEDE

di essere ammesso/a agli ESAMI INTEGRATIVI alla classe _____ del corso
_____ presso codesto Istituto e, a tal fine, dichiara:

Luogo e data di nascita _____

Scuola di provenienza _____

Lingua straniera studiata _____

Il/la sottoscritto/a dichiara:

- che i dati trascritti nella presente domanda sono riportati ai sensi dell'art.2 della Legge 02.01.1968 n. 15, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace;
- di non aver presentato la medesima domanda in altro istituto ed essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente domanda esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Legge 31.12.96. n. 675 "Tutela della privacy" - Art. 27).

Allega alla presente:

- ricevuta di versamento di € 12,09 su C/C P. n. 1016 intestato a Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara – Tasse Scolastiche
- N. 2 Copie di programmi delle materie svolte e firmati dal/la candidato/a e dai docenti che lo hanno preparato (in caso di autodidatta firmati solo dal candidato)
- Pagella anno scolastico _____ classe _____

Firma

Firma del genitore/tutore se minorenni