

DOMANDA di PARTECIPAZIONE
ESAMI di IDONEITÀ/INTEGRATIVI
A.S. 202__/2__

Il/La sottoscritto/a _____

Nat ___ a _____ Prov (_____) Il ___ / ___ / _____

residente in _____ Via _____

n.civ. _____ tel. _____

Da compilare solo in caso di studenti minorenni

genitore dell'alunno/a _____

Nat ___ a _____ Prov (_____) Il ___ / ___ / _____

iscritto al ___ anno dell'istituto _____

indicare l'ultima classe frequentata

indirizzo _____

CHIEDE

di essere ammesso a sostenere gli esami di idoneità/integrativi (barrare la voce che non interessa) alla

classe _____ del Liceo Scientifico ordinamentale per l'anno scolastico 202__/2__

Da compilare solo in caso di esame di idoneità

Per le seguenti discipline:

Cagliari, ___ / ___ / 20 _____

In fede

(firma del richiedente se maggiorenne)

(firma degli esercenti la funzione genitoriale o di chi ne fa le veci)