Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il_____/_____/_____

Codice fiscale del genitore |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

genitore/trice dell'alunno/a _____

Nato a il codice fiscale

Contatto mail cellulare

Frequentante nell'anno scolastico 20_____/ 20_____l'Istituto la classe

_____ sezione _____indirizzo di studio _____

CHIEDE

Di poter effettuare **il passaggio,** per il prossimo anno scolastico , presso il vostro Istituto e se necessario far sostenere l'esame integrativo a mio figlio /a previo pagamento della tassa d'esame di euro 15,13

DICHIARA

Indirizzo per eventuali comunicazioni:

Sig./Sig.ra _____

Via _____ n. _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____ Tel/Cell. _____

Indirizzo e mail _____

Venezia, _____/_____/_____

_____
(FIRMA)