

MODELLO DI DIMANDA ESAMI DI IDONEITA'

Al Dirigente Scolastico
del Liceo Scientifico "A Gallotta"

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
codice fiscale _____

in qualità di:

☐ studente maggiorenne

☐ genitore/tutore dell'alunno/a

Cognome e nome studente _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

CHIEDE

di poter sostenere gli esami di idoneità per l'ammissione alla classe:

☐ seconda ☐ terza ☐ quarta ☐ quinta

Indirizzo di studi: Liceo Scientifico Ordinario

Indirizzo di studi: Liceo Scientifico Opzione Scienze Applicate

DICHIARA

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- di aver seguito il seguente percorso formativo:

- di aver interrotto la frequenza (se applicabile) il ____ / ____ / ____

- di essere consapevole che l'esame riguarderà tutte le discipline.

ALLEGA

- ☐ Programmi delle discipline
- ☐ Documento di identità
- ☐ Certificazione DSA
- ☐ Certificazione disabilità
- ☐ PDP/PEI
- ☐ Ricevuta versamento di euro 12,09 sul c.c.p.1016(Ufficio del Registr Centro Operativo di Pescara- Tasse Scolastiche)

RECAPITI

Telefono: _

Email:

Luogo e data

Firma