

DOMANDA ESAMI D'IDONEITA'

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.I.S. "E. RUFFINI – D. AICARDI"
ARMA DI TAGGIA (IM)**

Il/La sottoscritto/a _____

padre/madre **dell'alunno/a** _____

nato a _____ il _____ e residente a

_____ in via _____

tel. n. _____

C H I E D E

che il/la proprio/a figlio/a possa sostenere gli ESAMI D'IDONEITA' della classe

_____ per poter accedere alla classe _____

di codesto Istituto.

Allega alla presente:

1) attestato di versamento di Euro 12,09 eseguita sul c/c postale n. 1016 intestato all'Agenzia delle Entrate;

Data, _____

FIRMA
