

Alla Cortese Att. del Dirigente Scolastico  
Istituto Scolastico \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_

Oggetto: Esame di Idoneità, ai sensi del DLgs 62/2017

I sottoscritti

\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

e

\_\_\_\_\_, nata a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,

residenti a \_\_\_\_\_, Via/Piazza \_\_\_\_\_

in qualità di genitori/tutori di \_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

CHIEDONO

Che il/la loro figlio/a possa sostenere l'esame di idoneità per la classe \_\_\_\_\_  
della scuola \_\_\_\_\_ presso il Vostro istituto.

Ringraziano anticipatamente per l'attenzione,

Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Riferimenti:

telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_