

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 _____