

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.I.S. "G. VALLAURI"  
Via San Michele 68  
12045 FOSSANO

**Oggetto: Domanda esame di IDONEITA' classe \_\_\_\_\_ settore \_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

e-mal \_\_\_\_\_

in possesso del seguente titolo di Studio:

- ammissione alla classe \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

conseguito presso \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso a sostenere gli esami di IDONEITA' alla classe \_\_\_\_\_

nella sessione unica dell'anno scolastico \_\_\_\_\_ ai sensi delle vigenti disposizioni

di legge.

Allega alla presente:

- copia ultimo documento valutativo (pagella)

\_\_\_\_\_

Dichiara che tutta la documentazione è giacente presso la segreteria dell'Istituto

\_\_\_\_\_

Fossano, \_\_\_\_\_

Firma dell'alunno \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori se minorenni

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_