

*Al Dirigente Scolastico del Liceo Scientifico Statale  
" E. Boggio Lera "*  
CATANIA

**Oggetto: Richiesta d' Esami d'idoneità o integrativi**

IL / LA SOTTOSCRITT \_\_\_\_\_

GENITORE di \_\_\_\_\_

NAT \_A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

In Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_ FREQUENTANTE /

AVENDO FREQUENTATO LA CLASSE \_\_\_\_\_ DEL CORSO \_\_\_\_\_ PER  
L'A.S. \_\_\_\_\_

PRESSO L'ISTITUTO \_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ALLA S.V. DI POTER SOSTENERE GLI ESAMI DI IDONEITA' / INTEGRATIVI PRESSO IL  
VS. LICEO ALLA

CLASSE \_\_\_\_\_ DEL CORSO DI STUDI \_\_\_\_\_.

**SI RISERVA DI PRESENTARE I PROGRAMMI SVOLTI QUINDICI  
(15) GIORNI PRIMA DEGLI ESAMI.**

ALLEGA ALLA PRESENTE ATTESTAZIONE DI AVVENUTO PAGAMENTO  
(Solo in caso di richiesta esami di idoneità)

IL Sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che l'esame non dà il diritto, in caso di promozione,  
all'iscrizione presso questo Liceo.

Catania,

(firma)

\_\_\_\_\_