

Al Dirigente Scolastico
dell'I.S.S.I.T.P. "G.B. Ferrigno – V. Accardi"
CASTELVETRANO

__l__ sottoscritt__ _____

nato a _____ il _____

residente a _____ via _____

c.a.p. _____ tel. _____

alunn__ frequentante la classe 5^a sez. _____ ad indirizzo _____

per il corrente anno scolastico

CHIEDE

di essere ammess__ a sostenere Esami di Stato presso codesto Istituto nella sessione
unica dell'anno scolastico 2024/25.

Si allegano alla domanda:

1. Ricevuta del versamento di € 12.09;
2. Diploma di Licenza Media in originale.

Castelvetrano, _____

Firma
