

LICEO STATALE Filippo Juvarra



Via B. Buozi, 16 10078 **VENARIA REALE TO**
e-mail: tops30000g@istruzione.it - tel. 011.4528203 - 4525760 - COD: TOPS30000G - CF: 97642200014

Al Dirigente Scolastico
Liceo Scientifico Statale "F. JUVARRA"
Venaria Reale

I sottoscritti _____ e _____,

(indirizzo mail di riferimento _____)

e tel. _____)

genitori dello studente _____, nato/a _____

il _____, cod. fisc. _____, residente a _____

via _____ frequentante la classe _____ presso

l'istituto _____, richiedono di sostenere

GLI ESAMI INTEGRATIVI PER IL CAMBIO DI INDIRIZZO

GLI ESAMI DI IDONEITA' ALLA CLASSE _____

presso il liceo "Juvarra" per i seguenti motivi:

I sottoscritti dichiarano di aver preso visione e di impegnarsi al rispetto di quanto previsto nel Regolamento per l'inserimento di studenti provenienti da altro indirizzo di studio.

Allegano alla presente domanda:

- Pagelle anni scolastici precedenti;
- Programmi svolti;
- documento di identità dello studente e di un genitore.

Data, _____

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI

Data, Firma.....