

Al Dirigente scolastico
ISIS "MAMOLI" di
BERGAMO

OGGETTO: DOMANDA ESAMI DI IDONEITA'-INTEGRATIVI

___/___ sottoscritt_ _____ nato/a _____ (_____)
il ___/___/____ e residente a _____ (____) in via _____
Nr.____ tel._____ cell._____ e-mail_____

CHIEDE

di poter sostenere gli esami di IDONEITA' alla classe _____
 INTEGRATIVI alla classe _____

Indirizzo **SERVIZI SOCIO-SANITARIO**

in qualità di candidat_ privatista nella sessione unica dell'a. s. _____/_____

Dichiara di essere in possesso del seguente titolo di studio _____

conseguito nell'a. s. _____/____ presso _____

Dichiara inoltre di aver frequentato l'ultima classe _____ nell'a. s. _____/____ presso la scuola:

_____ con esito _____

Lingue straniere studiate: _____/_____

Bergamo, _____

(Firma genitore per candidato minorenni)

(Firma candidato/a)

Allegare:

Ricevuta versamento € 12,09 SUL C.C.P. 1016

Ricevuta versamento € 100,00 SUL C.C.P. 85172070 INTESTATO A ISIS MAMOLI BERGAMO

N. 1 FOTO FORMATO TESSERA