Al Dirigente Scolastico

dell’I.I.S.S. “Luigi Russo”

MONOPOLI - BA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , e residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefono fisso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ovvero

docente a ☐ tempo determinato ☐ indeterminato

presso ☐Liceo Artistico ☐Liceo Musicale ☐ Istituto Professionale

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a possa sostenere a proprie spese durante la sessione di maggio l’esame Trinity livello ☐ 4, ☐ 5, ☐ 6, ☐ 7, ☐ 8, ☐ 9, ☐ 10

Monopoli, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2017

In fede:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_