

# DOMANDA ESAMI DI IDONEITA'

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
I.I.S. "E. RUFFINI – D. AICARDI" ARMA  
DI TAGGIA (IM)**

Il/La sottoscritto/a genitore \_\_\_\_\_

tel. genitore \_\_\_\_\_

E-Mail genitore \_\_\_\_\_

padre/madre **dell'alunno/a** \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

## CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a possa sostenere gli **ESAMI DI IDONEITA'** della/e classe/i:

\_\_\_\_\_ per poter accedere

alla classe \_\_\_\_\_ del corso di:

- |                                      |                                  |  |  |
|--------------------------------------|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alberghiero | <input type="checkbox"/> Agraria | <input type="checkbox"/> Socio Sanitario | <input type="checkbox"/> Tecnico Turismo |
| - Cucina                             |                                  | - Area Sanitaria                         |  |
| - Sala                               |                                  | - Area Psico Ped.                        |  |
| - Accoglienza Tur.                   |                                  |  |  |

di codesto Istituto.

Allega alla presente:

- 1) Ricevuta di versamento sul c/c postale n. 1016 (già intestato alla Agenzia delle Entrate), di EURO 12,09 (causale: TASSA PER ESAMI), oppure ricevuta pagamento su modello F24 - Codice Tributo TSC3 sempre di EURO 12,09
- 2) Programmi.

Data, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_