



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
"MICHELE GIUA"



ind. CHIMICO-AMBIENTALE-INFORMATICO – LICEO SCIENTIFICO opz. SCIENZE APPLICATE
Via Montecassino n. 41 09134 CAGLIARI - Tel 070500786 – 070501745
email: catf04000p@istruzione.it PEC: catf04000p@pec.istruzione.it C.U.: UFIVOL Cod. Fisc. 80014350922

**Al Dirigente Scolastico
Istituto "M. Giua"
Cagliari**

OGGETTO: Domanda per esame integrativo o di idoneità

__l__ sottoscritt__ _____ nat__ a _____

il _____ residente in _____ via _____

tel. _____, e-mail (usare stampatello) _____

in qualità di genitore/tutore dell' studente__ _____,

nat__ a _____ il _____ cod. fiscale _____

proveniente dal _____ di _____

ultima classe frequentata _____ esito finale _____

CHIEDE

che l' studente__ possa sostenere l'esame

INTEGRATIVO

di IDONEITÀ

per la frequenza della classe _____ indirizzo _____

(se esame integrativo)

per le seguenti materie: _____

Allega alla presente:

- attestazione di versamento effettuato con *PagoPa* di € 12,09 – Intestato a: Ministero dell'Istruzione e del Merito – causale tasse esame Integrativo o di Idoneità;
- attestazione di versamento effettuato con *PagoPa* di € 25,00 – Intestato a : IIS "M. GIUA" CA – causale: Contributo Esame Integrativo o Idoneità.

Il sottoscritto è a conoscenza che la seguente richiesta sarà analizzata dal Dirigente Scolastico e che, nel caso di accoglimento, sarà informato, a partire dal primo luglio, dei programmi relativi alle discipline degli esami d'idoneità/integrativi.

Data _____

Firma dei genitori / tutori