



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
"MICHELE GIUA"



ind. CHIMICO-AMBIENTALE-INFORMATICO – LICEO SCIENTIFICO opz. SCIENZE APPLICATE
Via Montecassino n. 41, 09134 CAGLIARI – Tel. 070.500786 – 070.501745
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 _____ codice fiscale _____ residente in

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

proveniente dal _____ di _____

ultima classe frequentata _____ esito finale _____

CHIEDE

di 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.



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
“MICHELE GIUA”



ind. CHIMICO-AMBIENTALE-INFORMATICO – LICEO SCIENTIFICO opz. SCIENZE APPLICATE
Via Montecassino n. 41, 09134 CAGLIARI – Tel. 070.500786 – 070.501745
email: catf04000p@istruzione.it PEC: catf04000p@pec.istruzione.it C.U.: UFIVOL Cod. Fisc. 80014350922

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
