



Al Dirigente Scolastico
Istituto d'Istruzione Superiore
"P.A. FIOCCHI" LECCO

Oggetto: **Domanda esami integrativi/idoneità**

Il sottoscritto _____ nato a _____
il ____/____/____ residente a _____ (____) in
via _____ cap _____ e-mail _____
C.F. _____
tel/cell. _____

La sottoscritta _____ nata a _____
il ____/____/____ residente a _____ (____) in
via _____ cap _____ e-mail _____
C.F. _____
tel/cell. _____

In qualità di genitori esercenti la responsabilità genitoriale del/della minore
_____ nato/a a _____
il ____/____/____ residente a _____ (____) in
via _____ cap _____
C.F. _____
frequentante la classe _____ dell'Istituto Superiore "P.A. Fiocchi" di Lecco.

CHIEDE/CHIEDONO

Che il/la proprio/a figlio/a sia ammesso/a

Di essere ammesso/a a sostenere gli esami integrativi/di idoneità alla classe _____:

- **ISTITUTO TECNICO** _____
indirizzo _____
- **ISTITUTO PROFESSIONALE** _____
indirizzo _____

- che il proprio/la propria figlio/a è in possesso di ammissione alla classe _____ dell'istituto
_____ ;

- che la lingua straniera studiata è _____ ;

- Altro _____



Ministero dell'istruzione e del merito
Istituto di Istruzione Superiore "P. A. Fiocchi"
Via Belfiore, 4 - 23900 LECCO - tel. 0341.363310 - fax.0341.286545
Sito web: www.istitutofiocchi.it
E-mail: info@istitutofiocchi.it - PEC: info@pec.istitutofiocchi.it
Codice Fiscale: 92031670133 - Codice univoco: UFXNEA



Consapevole/i delle conseguenze civili e penali in caso di dichiarazione mendace, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

DICHIARA/DICHIARANO

- di non aver presentato domanda per esami integrativi /di idoneità presso altri istituti scolastici e di essere a conoscenza che la presentazione di altre domande rende nullo l'esame;
- di essere consapevole che l'istituzione scolastica utilizza i dati contenuti nella presente domanda esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della scuola ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii.

Lecco, lì _____

Firma dello/a studente/studentessa

Firma degli esercenti la potestà genitoriale

Il/La sottoscritto/a _____, padre/madre dello/a studente/studentessa, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non rispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. n. 245/2000, dichiara di aver effettuato la richiesta in osservanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Lecco, lì _____

Firma degli esercenti la potestà genitoriale

ALLEGARE I SEGUENTI DOCUMENTI:

1. Attestazione del versamento delle tasse di esame di € 12,90 (art. 3 D.M. 16.09.1954);
2. Titoli di studio posseduti:



Ministero dell'istruzione e del merito
Istituto di Istruzione Superiore "P. A. Fiocchi"
Via Belfiore, 4 - 23900 LECCO - tel. 0341.363310 - fax.0341.286545
Sito web: www.istitutofiocchi.it
E-mail: info@istitutofiocchi.it - PEC: info@pec.istitutofiocchi.it
Codice Fiscale: 92031670133 - Codice univoco: UFXNEA



- a) diploma originale scuola secondaria di I grado;
- b) pagella idoneità alla classe _____
- c) diploma di qualifica professionale di _____

NB.: Compilare il presente modulo in ogni sua parte, allegare tutti i documenti richiesti ed inviare all'indirizzo mail info@istitutofiocchi.it o consegnare presso la segreteria didattica.

Si prega di prestare la massima attenzione nella compilazione del presente modulo.