AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO
"Leonardo Da Vinci" – FOLIGNO

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____/_____/_____

alunno/a / genitore dell'alunno/a_____

della classe _____ sezione _____ anno scolastico _____

C H I E D E

alla S.V. il rilascio di N°_____ copie di:

☐ CERTIFICATO DI ISCRIZIONE – ANNO SCOLASTICO _____

☐ CERTIFICATO DI ISCRIZIONE E FREQUENZA – ANNO SCOLASTICO _____

☐ CERTIFICATO DI ISCR. E FREQUENZA con voti – ANNO SCOLASTICO _____

☐ CERTIFICATO DI DIPLOMA – ANNO SCOLASTICO _____

☐ ALTRO *(specificare il tipo di richiesta)* _____

Uso:

_____

Note :

_____

E-Mail:

_____

_____, lì _____

Firma richiedente

_____