



LICEO ARTISTICO
"MICHELANGELO MERISI CARAVAGGIO"

Via Matteo Cimarra 40/A – 92100 – Agrigento – Cod.Mecc. AGSL015004

tel. e fax 0922 26264 – 0922 605304 / mail michel-ag@libero.it / pec michelangelo-ag@pec.it

Al Dirigente scolastico
del Liceo Artistico Paritario
"Michelangelo Merisi Caravaggio"
di Agrigento

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

n. _____ (tel. _____ - Cell. _____)

genitore dello/a studente/ssa _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

n. _____ (tel. _____ - Cell. _____)

chiede

alla S.V. che il/la proprio/a figlio/a possa sostenere esami di **IDONEITA'** alla classe _____

per l'anno scolastico _____. Si riserva di presentare i documenti di rito.

Agrigento, _____

Firma

A CURA DELLA SEGRETERIA

Num. Prot. _____

del _____