

Al Dirigente Scolastico
Del Liceo Scientifico
"G. Castelnuovo"
Via La Marmora, 20
50129 Firenze

IL / LA SOTTOSCRITTO/A _____

<input type="checkbox"/> PADRE	<input type="checkbox"/> MADRE	<input type="checkbox"/> TUTORE	<input type="checkbox"/> ALUNNO (SE MAGGIORENNE)
--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	--

DELL'ALUNNO/A _____

NATO/A A _____ IL ____/____/____,

RESIDENTE A _____ DELLA CLASSE ____ SEZ. ____

CHIEDE IL RILASCIO DEI SEGUENTI CERTIFICATI:

N.° ____ DI ISCRIZIONE/FREQUENZA A.S. ____/____

N.° ____ CON RIPORTO VOTI A.S. ____/____

N.° ____ DI MATURITA' A.S. ____/____

N.° ____ ALTRO (SPECIFICARE) _____

PER USO _____

FIRENZE, ____/____/____

FIRMA
