

RICHIESTA AMMISSIONE ESAMI DI QUALIFICA

Al Dirigente Scolastico
dell'I.P. "G. Marconi" di Prato

Il/La sottoscritto/a

studente/ssa della classe

CHIEDE

di essere ammesso/a a sostenere gli gli **Esami di Qualifica** indirizzo

per l'anno scolastico

Allega, a tal fine, la ricevuta relativa al versamento della tassa di esame pari ad euro 12,09 sul C/C postale 1016 intestato a - Agenzia delle Entrate - Centro Operativo di Pescara - Tasse Scolastiche.

Il/La sottoscritto/a, ai sensi delle leggi 127/1997 - 15/1998 - 31/1998, di essere nato/a a

(provincia di

) il giorno

e di:

☐ essere in regola con le vaccinazioni obbligatorie

☐ non essere in regola con le vaccinazioni obbligatorie per il seguente motivo:

Il/La sottoscritto/a autorizza l'Istituto a fornire i propri dati personali (nascita, indirizzo, telefono) alle imprese o enti che ne facessero richiesta per eventuali offerte di lavoro.

Indirizzo

Città

Provincia (

)

Telefono

Cellulare

, il

Firma del candidato/a
