

# DOMANDA ESAMI INTEGRATIVI

Al Dirigente scolastico  
dell' ITCG G.GALILEI

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_

## DICHIARA

IN QUALITA' DI GENITORE/TUTORE DI \_\_\_\_\_

IN BASE ALLE NORME SULLO SNELLIMENTO DELL' ATTIVITÀ AMMINISTRATIVA E CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ CUI VA INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONE NON CORRISPONDENTE AL VERO CHE

- E' NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_
- E' RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_
- E' IN POSSESSO DI PROMOZIONE ALLA CLASSE \_\_\_\_\_ CONSEGUITA PRESSO L'ISTITUTO \_\_\_\_\_ A.S. \_\_\_\_\_
- LINGUA STRANIERA STUDIATA \_\_\_\_\_

## CHIEDE

L'AMMISSIONE PER SOSTENERE GLI ESAMI INTEGRATIVI ALLA CLASSE \_\_\_\_\_

AFM  CAT  TUR  PIT

DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DI NON AVERE PRESENTATO E DI NON PRESENTARE DOMANDA PRESSO ALTRA SEDE PENA L'ANNULLAMENTO DEGLI ESAMI E DI NON AVER PRESO LEZIONI DA INSEGNANTI DELL'ISTITUTO GALILEI di AVIGLIANA

## CONSEGNA

**PROGRAMMI DELLE MATERIE D'ESAME CON FIRMA AUTOGRAFA DEL CANDIDATO** (o di un genitore se studente minorenni)

- 1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

ALLA PRESENTE DOMANDA ALLEGA :

- **RICEVUTA VERSAMENTO DI €12,10 SUL CCP 1016 TASSE GOVERNATIVE**
- **RICEVUTA VERSAMENTO DI € 50,00 TRAMITE PagoPA**
- **TITOLO DI STUDIO/ PAGELLE O CERTIFICATO DI STUDIO**
- **FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ E DEL CODICE FISCALE** del candidato e del genitore

*Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nel rispetto della disciplina dettata dal Dlgs 30 giugno 2003 n 196 e di essere consapevole che la scuola può utilizzare tali dati esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione., autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi dell'art 13 GDPR (Regolamento UE 2019/679).*

AVIGLIANA, .....

**FIRMA DEI GENITORI**  
(se studente minorenni)

.....

**FIRMA DEL CANDIDATO**

.....