# Al Dirigente Scolastico

# dell’I.I.S.S. “E. Medi”

# Palermo

## Il/La sottoscritto/a Cognome…………………………………Nome………….……………………..

[ ]  Allievo/a maggiorenne

## [ ]  Genitore dell’alunno/a (1)

## Cognome………………………………………...…Nome…………………………..………………

## nato /a…………………………………. il…...………………e.residente.a………….………………Via………………………………………………………………………….n°………………………

## tel ……………………………………….. e-mail ………………………………………………….

[ ]  di essere ammesso/a a sostenere gli esami diDiploma professionale quadriennale

[ ]  chiede di ammettere il proprio figlio/a a sostenere gli esami di Diploma professionale quadriennale

nell’ anno scolastico 2023/2024

(1) Si allega fotocopia del documento di identità

Con osservanza

Palermo

Data \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Firma

 del genitore per l’allievo minorenne

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_