

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto di Istruzione Superiore "E. Medi - N. Vaccalluzzo"  
di Leonforte (EN)

Oggetto: RICHIESTA CAMBIO INDIRIZZO di STUDIO

ALUNN\_ \_\_\_\_\_

I sottoscritti \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

genitori dell'alunn\_ \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

che ha frequentato con esito \_\_\_\_\_ la classe \_\_\_\_\_ del LICEO \_\_\_\_\_

nell'a.s. \_\_\_\_\_

CHIEDONO

Il passaggio di indirizzo di studio della/del propri\_ figli\_

alla classe \_\_\_\_\_ del LICEO \_\_\_\_\_ per l'a.s. \_\_\_\_\_

Leonforte, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma di entrambi i genitori)

N.B. Se la richiesta viene inoltrata tramite email, allegare copia dei documenti di riconoscimento di entrambi i genitori.