

Al Dirigente Scolastico del
Liceo Lucio Piccolo
Capo d'Orlando

Oggetto: Richiesta disponibilità all'iscrizione a.s. _____ classe _____

Il sottoscritt _____

nat_ a _____ prov. _____ il _____

tel. cell. n. _____ e-mail _____

genitore dell'alunn _____

nat_ a _____ prov. _____ il _____

chiede

la disponibilità ad accettare l'iscrizione del/la propri_ figli_ alla classe _____ indirizzo:

Lic. Scientifico, *Lic. Classico*, *Lic. Linguistico*, *Lic. Sportivo*, *Lic. Scienze Applicate*,
 Lic. Artistico,

di codesto istituto, dopo il rilascio del NULLA - OSTA.

Si dichiara che l'alunno non necessita del docente di sostegno per l'a.s. _____ / _____.

L'alunn_ nell'a.s. _____ / _____ ha frequentato / è iscritto alla/la classe _____ dell

Istituto _____ corso di studi

_____ con esito _____.

Capo d'Orlando, _____

FIRMA
