

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto "TITO ACERBO"  
PESCARA

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ genitore dell'alunn \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ (Cell. \_\_\_\_\_)

**CHIEDE**

di essere ammesso a sostenere gli esami di **INTEGRAZIONE** per la classe \_\_\_\_\_ ind. \_\_\_\_\_

All'uopo dichiara che l'alunn \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lingue straniere studiate: \_\_\_\_\_ ; 2^ Lingua da scegliere \_\_\_\_\_

Si allega:

- 1) ricevuta di versamento di € 12,09 sul c/c 1016, intestato all'Agenzia delle Entrate di Pescara (causale: esame di integrazione);
- 2) ricevuta di versamento di € 60,00 sul c/c 12696654, intestato all'I.T.C.G.T. "Tito Acerbo" di Pescara (causale: esame di integrazione).

3) CERTIFICATO CON ESITO E MATERIE DI STUDIO

Pescara, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_