

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISIS "ISAAC NEWTON"
VIA ZUCCHI, 3/5
21100 VARESE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ prov. (_____) il ____/____/____
residente in _____ prov.(_____)
via _____ n. _____ tel. _____ / _____
in possesso di (titolo di studio posseduto) _____
conseguito presso _____

CHIEDE

di essere iscritto/a agli esami di MATURITA'

ad indirizzo _____

che avranno luogo nella sessione unica del corrente anno scolastico.

Varese, _____

Firma

Si allega:

Programmi

Diploma S.M.S.

Ultimo Titolo di studio

Pagelle

Idoneità

Ricevuta versamento di € 150.00 c/c 17784216 intestato a ISIS VARESE SERVIZIO
CASSA

Ricevuta versamento di € 12.09 c/c 1016 intestato a AGENZIE DELLE ENTRATE
CENTRO OPERATIVO DI PESCARA TASSE SCOLASTICHE € **12.09**

Mod. 06/P02

