

**RICHIESTA CERTIFICATI**Al Dirigente Scolastico  
dell'ICS "Giovanni Verga"  
95029 - VIAGRANDE - CT

Il/La sottoscritto/a

Cognome

Nome

Nato/a il            /            /

Stato

Comune

Provincia

Residente in

Comune

Prov.

Frazione

CAP

Via o Piazza

Numero

Telefono

Cellulare

altro

Casella di posta elettronica

@

in qualità di

**Dati alunno/a o minore**

Cognome

Nome

Iscritto nell'a.s.

classe

sezione

scuola

**CHIEDE**

il rilascio di un certificato:

**Iscrizione**

Anno scolastico

**Frequenza**Altro    *specificare* \_\_\_\_\_

del predetto alunno/a per i seguenti motivi:

Viagrande,            /            /

Il/La RICHIEDENTE