

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE
" MARIANO IV D'ARBOREA "
ORISTANO**

OGGETTO: RITIRO DOCUMENTI SCOLASTICI

Il/La sottoscritto/a _____ genitore
dell'alunno/a _____

nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

iscritto nell'A. S. _____ / _____ alla classe _____ Sez. _____ a seguito del quale ha

conseguito il Diploma di Maturità **Liceo Scient. Oristano** **Liceo Scient. Ghilarza**

Liceo Ling. Ghilarza **I.P.S.I.A. Ghilarza**, con la presente dichiara di aver ritirato i
seguenti documenti:

PAGELLA A. S. _____ / _____ **CLASSE** _____

PAGELLA A. S. _____ / _____ **CLASSE** _____

PAGELLA A. S. _____ / _____ **CLASSE** _____

PAGELLA A. S. _____ / _____ **CLASSE** _____

PAGELLA A. S. _____ / _____ **CLASSE** _____

PAGELLA A. S. _____ / _____ **CLASSE** _____

PAGELLA A. S. _____ / _____ **CLASSE** _____

Ed inoltre i seguenti: _____

ORISTANO, _____

FIRMA

Allega fotocopia del documento di identità personale