

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. _____ 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