



Direzione Didattica Statale "Giovanni Lilliu"

Sede: Via Garavetti, 1 - 09129 CAGLIARI § Tel. 070/492737 § Fax 070/457687
Mail caee09800r@istruzione.it – caee09800r@pec.istruzione.it § Cod. Mecc. CAEE09800R
Sito www.direzionedidatticagiovanlilliu.edu.it § Cod. Fisc. 92168610928

MODULO C

Al Dirigente Scolastico della Direzione Didattica
Giovanni Lilliu
Via Filippo Garavetti 1 Cagliari

OGGETTO: RICHIESTA PER SOSTENERE ESAME D'IDONEITÀ/FINE I CICLO – ISTRUZIONE PARENTALE

I SOTTOSCRITTI

_____ nato a _____ (_____)

il ___/___/_____

_____ nato a _____ (_____)

il ___/___/_____

residenti a _____, Via/Piazza _____

in qualità di genitori/tutori di _____,

nato a _____, il _____

CHIEDONO

che il/la loro figlio/a possa sostenere l'esame di idoneità per la classe _____

della scuola _____ presso il Vostro istituto.

Cagliari, ___/___/_____

Firma del padre

Firma della madre



Direzione Didattica Statale "Giovanni Lilliu"

Sede: Via Garavetti, 1 - 09129 CAGLIARI § Tel. 070/492737 § Fax 070/457687
Mail caee09800r@istruzione.it – caee09800r@pec.istruzione.it § Cod. Mecc. CAEE09800R
Sito www.direzionedidatticagiovanlilliu.edu.it § Cod. Fisc. 92168610928

Riferimenti: telefono _____ e-mail

_____ Allegare copia del documento d'identità
del minore.