



**ISTITUTO COMPRENSIVO
SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SEC. PRIMO
GRADO "EDMONDO CAVICCHI"**

Via Circonvallazione Levante, 61 – Pieve di Cento (BO)

Tel. 051 975001 - Fax 051 973203

<https://iccavicchi.edu.it/>

e-mail: boic80600n@istruzione.it

PEC: boic80600n@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: richiesta esame di idoneità

Il/a sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,

e il/a sottoscritta/o _____ nato/a a _____ il _____,

in qualità di genitori/esercenti la potestà genitoriale/tutore dell'alunno _____ iscritto per l'a.s. _____

alla classe _____ plesso _____

CHIEDONO

di far sostenere al proprio figlio/a l'esame di idoneità alla classe

<input type="checkbox"/> seconda	<input type="checkbox"/> terza	<input type="checkbox"/> quarta	<input type="checkbox"/> quinta	della Scuola Primaria
<input type="checkbox"/> prima	<input type="checkbox"/> seconda	<input type="checkbox"/> terza		della Scuola Secondaria di I Grado

A tal fine si allega il progetto didattico-educativo seguito nel corso dell'anno scolastico.

Luogo e data _____ (**ENTRO IL 30 APRILE DELL'A.S. IN CORSO**)

Firma del/i genitore/i /esercenti la potestà genitoriale/tutori
