Al Dirigente Scolastico del Liceo
Scientifico Statale "Michelangelo"
CAGLIARI

Il/la sottoscritto/a_____

nato/a a_____(_____) il_____/_____/_____

residente a_____(_____) Via_____n°____,

frequentante la classe_____ sez. _____ di questo Liceo,

C H I E D E

il riconoscimento dei seguenti CREDITI FORMATIVI:

1. _____

_____

2. _____

_____

3. _____

_____

4. _____

_____

che consegna in data odierna, **<u>allegati alla presente</u>.**

_____ lì _____/_____ /20___

FIRMA

_____

Genitore se alunno minorenne

FIRMA

_____

Alunno