

Domanda di ammissione esami integrativi/idoneità

Al Dirigente Scolastico dell'IISS Caravaggio di
Roma

(Da compilare a cura del/lla candidato/a maggiorenne)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____
il ____/____/____ residente a _____
in via/p.zza _____ n. ____ cap _____
telefono _____ e-mail _____

(Da compilare a cura dei genitori o gli esercenti la potestà genitoriale- candidati minorenni)

_____ **(genitore 1)** C.F. _____
nato a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ CAP _____ via _____ n° _____
_____ **(genitore 2)** C.F. _____
nato a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ CAP _____ via _____ n° _____

CONSAPEVOLE DEI VINCOLI ORGANIZZATIVI, DIDATTICI E DI SICUREZZA ESISTENTI CHE POTREBBERO NON CONSENTIRE L'ACCETTAZIONE DELLA PRESENTE DOMANDA RELATIVAMENTE ALL'INDIRIZZO DI STUDIO E/O ALLA SEDE RICHIESTI, CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A A SOSTENERE GLI

Esami Integrativi **Esami di Idoneità**

per l'anno scolastico 2026/2027

alla classe _____ indirizzo di studio _____

finalizzato alla frequenza nella sede di

Via Argoli

Viale Oceano Indiano

Viale Odescalchi

non finalizzato alla frequenza

Il/La sottoscritt__ dichiara:

di non aver presentato analoga domanda presso altri Istituti;

DI ESSERE ATTUALMENTE ISCRITTO/A PRESSO LA SCUOLA _____
ALLA CLASSE _____ INDIRIZZO DI STUDIO _____

di essersi ritirato/a dalle lezioni c/o la scuola _____ in data _____

di essere in possesso del Diploma di Licenza Media conseguito nell'a.s. ____/____;

Domanda di ammissione esami integrativi/idoneità

di essere in possesso del seguente ultimo titolo di studio _____
conseguito presso _____ nell'a.s. ____/____

Il/La sottoscritt/a dichiara che il proprio curriculum scolastico è il seguente:

A.S.	Indirizzo studi - classe frequentata/esami sostenuti	Esito finale
____/____ —	Diploma di Licenza Media	
____/____ —		

Allega alla presente:

- COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ E DEL CODICE FISCALE
- Diploma di Licenza Media
- Ultima pagella
- RICEVUTA DEL VERSAMENTO DI € 12,09 SUL CONTO CORRENTE POSTALE N. 1016 INTESTATO A:

**AGENZIA DELLE ENTRATE - CENTRO OPERATIVO DI PESCARA - TASSE SCOLASTICHE CAUSALE:
ESAMI INTEGRATIVI (cognome e nome studente) PER L'ANNO SCOLASTICO 2026/2027 (possono
essere utilizzate le seguenti modalità di pagamento):**

- 1) Bollettino di versamento disponibile presso gli uffici postali
- 2) Bonifico bancario - Codice IBAN: IT45 R076 0103 2000 0000 0001 016

Il/La sottoscritto/a si riserva di presentare la documentazione relativa ai titoli e al curriculum scolastico dichiarato, ovvero dichiara che la medesima documentazione scolastica è giacente presso la scuola:

Roma, ____/____/202____

Firma del candidato

Firma dei genitori (se il candidato è minore)

Firma _____

Firma _____

Laddove risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, ovvero laddove un genitore sia irreperibile, compilare la parte sottostante:

Il sottoscritto, _____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data _____

Firma _____