

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Giovanni Verga"
Via Cialdini, 122

95018 Riposto (CT)

ALUNNO/A _____
nato/a a _____ prov. () il _____
residente a _____ via _____ n. _____
telefono _____ cellulare _____
l sottoscritt _____ nella qualità di _____
dell'alunn_ sopra citat_

CHIEDE

la conferma dell'iscrizione del proprio/a figlio/a per il prossimo anno scolastico
_____ alla frequenza della scuola dell'infanzia:

CON OBBLIGO DI ORARIO DALLE ORE 8,15 ALLE ORE 16,15

CON OBBLIGO DI ORARIO DALLE ORE 8,15 ALLE ORE 13,15

PLESSO MARANO

PLESSO QUASIMODO

PLESSO IMMACOLATA

PLESSO WALT DISNEY – CARRUBA

PLESSO MANZONI – TORRE

Il sottoscritto_ dichiara, sotto la propria personale responsabilità di non aver
presentato domanda di iscrizione del/lla proprio/a figlio/a presso nessun'altra scuola
della Repubblica Italiana.

Riposto, _____

Firma _____