

Al Sig. Dirigente Scolastico
del Liceo Scientifico Statale "A. Diaz"
81100 CASERTA

RICHIESTA PARTECIPAZIONE ESAMI di STATO

A.S. 2024/2025

Candidati interni

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Prov. di _____) il ____/____/____

alunno/a iscritto/a e frequentante la classe **QUINTA** Sez. ____

Sede Centrale di Caserta

Sede Staccata di San Nicola La Strada (CE)

di codesto Liceo Scientifico "A. Diaz" di Caserta, nel corrente anno scolastico 2024/2025

C H I E D E

Di poter sostenere l'ESAME DI STATO – A.S. 2024/2025;

DICHIARA di non aver presentato analoga domanda presso altri Istituti nel territorio italiano;

DICHIARA di AVERE DIRITTO all'esonero dal pagamento delle tasse per:

Merito

Reddito

Appartenenza a speciali categorie di beneficiari

Allega alla presente:

➔ **attestazione/ricevuta** comprovante il pagamento della tassa d'esame (se dovuta) di € **12,09** da versare con avviso di pagamento presente su Pago Scuola.

Addì, _____

Firma dell'alunno/a richiedente
