

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE
" MARIANO IV D'ARBOREA "
ORISTANO**

OGGETTO: RITIRO DOCUMENTI SCOLASTICI

Il/La sottoscritto/a _____ genitore
dell'alunno/a _____
nato/a a _____ (Prov. _____) il _____
iscritto nell'A. S. _____ / _____ alla classe _____ Sez. _____ a seguito del quale ha
conseguito il Diploma di Maturità ☐ **Liceo Scient. Oristano** ☐ **Liceo Scient. Ghilarza**
☐ **Liceo Ling. Ghilarza** ☐ **I.P.S.I.A. Ghilarza**, con la presente dichiara di aver ritirato i
seguenti documenti:

PAGELLA A. S. _____ / _____	CLASSE _____
PAGELLA A. S. _____ / _____	CLASSE _____
PAGELLA A. S. _____ / _____	CLASSE _____
PAGELLA A. S. _____ / _____	CLASSE _____
PAGELLA A. S. _____ / _____	CLASSE _____
PAGELLA A. S. _____ / _____	CLASSE _____
PAGELLA A. S. _____ / _____	CLASSE _____

Ed inoltre i seguenti: _____

ORISTANO, _____

FIRMA

Allega fotocopia del documento di identità personale