



REPUBBLICA ITALIANA
DIREZIONE DIDATTICA STATALE 2° CIRCOLO
Distretto Scolastico N°. 40

Via Filippo Mordani, 5 - 48100 RAVENNA
Tel.: +39.(0)544.216077 Dirigente Scolastico
Tel.: +39.(0)544.212081 Segreteria
FAX: +39.(0)544.217707
C.F. : 80011780394 - Cod. Min. : RAEE002009

E-Mail: segreteria@secondocircolora.it
E-Mail certificata: direzione@pec.secondocircolora.it
URL: www.secondocircolora.it

DOMANDA di AMMISSIONE
all'Esame di Idoneità per la
Scuola Primaria

Scuola Primaria Statale

"F.MORDANI"

"R.RICCI"

barrare la casella che interessa

ANNO SCOLASTICO

200__ / 200__

alunno/a

Cognome

Nome

Scrivere in stampatello

Alunno/a

| | | | | | |
|--|--|-------|----------------------|------------|----------------------|
| Cognome | <input type="text"/> | Nome | <input type="text"/> | | |
| Nat__ a | <input type="text"/> | Prov. | <input type="text"/> | Il | <input type="text"/> |
| Cittadinanza | <input type="text"/> | | | | |
| Codice Fiscale | <input type="text"/> | | | | |
| Residente a | <input type="text"/> | Prov. | <input type="text"/> | Via/Piazza | <input type="text"/> |
| | Telefono Abitazione <input type="text"/> | | | | |
| Altri recapiti | Nonni materni : | | Nonni paterni : | | |
| ----- | | | | | |
| Domicilio | <input type="text"/> | Prov. | <input type="text"/> | Indirizzo | <input type="text"/> |
| <i>(solo se diverso dalla Residenza)</i> | | | | | |
| | Telefono <input type="text"/> | | | | |

C H I E D E

che l__ stess__ possa sostenere l'esame alla classe _____ della Scuola Primaria per l'A.S. ____ / ____

e, allo scopo,

sulla base delle opportunità educative offerte dalla scuola, consapevole dei vincoli organizzativi esistenti che NON permettono l'accettazione piena di tutte le richieste e dei criteri fissati dal Consiglio di Istituto,

- 1) Tempo Modulare su 5 giornate (27 ore settimanali + 2 di mensa) - Plesso "F.MORDANI"
- 1) Tempo Modulare su 5 giornate (27 ore settimanali + 2 di mensa) - Plesso "R.RICCI"
- 2) Tempo Modulare su 6 giornate (27 ore settimanali + 1 di mensa) - Solo Plesso "R.RICCI"
- 3) Tempo Pieno su 5 giornate (40 ore settimanali) - Solo Plesso "R.RICCI"

Dichiara

che è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie presso l'A.U.S.L. di _____

che ha frequentato la scuola Materna per anni ____ presso _____

Sez. _____

Ravenna, li _____

FIRMA
