

Il/La sottoscritto/a

nato__ a _____ il ____/____/____

alunn__ / genitore dell'alunno _____ della
classe _____ sez. _____ anno scolastico 2024/2025

CHIEDE

alla S.V. di essere esonerato dal pagamento della relativa tassa per sostenere gli Esami di Stato (€ 12.09) per i seguenti motivi:

☐ MERITO media negli scrutini finali a.s. 2023/2024 ____/10

☐ REDDITO valore ISEE € _____ *

☐ ALTRO (*specificare il tipo di richiesta*)

Note:

_____, li ____/____/____

*Allegare copia dell'attestazione ISEE

Firma
