



Anno scolastico 2024/2025

Indicazione congiunta preferenza compagno/a di classe

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
che ha frequentato la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_  
dell'Istituto \_\_\_\_\_

iscritto/a per l'a.s 2024/2025 alla classe prima di\*:

- Liceo classico
- Liceo scientifico
- Liceo delle scienze umane
- A.F.M.
- Tecnico delle Biotecnologie Sanitarie

e

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
che ha frequentato la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_  
dell'Istituto \_\_\_\_\_

iscritto/a per l'a.s 2024/2025 alla classe prima di\*:

- Liceo classico
- Liceo scientifico
- Liceo delle scienze umane
- A.F.M.
- Tecnico delle Biotecnologie Sanitarie

**chiedono**

che i/le propri/e figli/e siano inseriti/e nella stessa classe

Apricena, lì \_\_\_\_\_

Firma dei genitori richiedenti

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si allega copia del documento di identità dei genitori richiedenti

\*Barrare la voce che interessa