



RICHIESTA PASSAGGIO DA ALTRO ISTITUTO/INDIRIZZO

COGNOME E NOME GENITORE: _____

COGNOME STUDENTE/SSA: _____

NOME STUDENTE/SSA: _____

DATA DI NASCITA: _____ COMUNE DI RESIDENZA: _____

TELEFONO: _____ email: _____

ISTITUTO DI PROVENIENZA: _____

INDIRIZZO : _____
(per es. professionale servizi commerciali, alberghiero, IEFP turistico o altro)

CLASSE FREQUENTATA: _____ SECONDA LINGUA STRANIERA: _____

Ha certificazione SOSTEGNO (scegliere SI/NO): _____

Ha certificazione BES (scegliere SI/NO): _____

STA PARTECIPANDO ALLE ATTIVITA' DI DIDATTICA A DISTANZA NEL PERIODO MARZO – MAGGIO 2020
(Scegliere SI/NO/PARZIALMENTE): _____

Se NO perché ?: _____

CHIEDE

IL PASSAGGIO ALLA CLASSE: _____ DELL'INDIRIZZO (scegliere SI/NO):

PROFESSIONALE SERVIZI COMMERCIALI: _____

ALBERGHIERO (Biennio) _____

ALBERGHIERO (Triennio) DECLINAZIONE CUCINA _____

ALBERGHIERO (Triennio) DECLINAZIONE PASTICCERIA _____

ALBERGHIERO (Triennio) DECLINAZIONE SALA _____

ALBERGHIERO (Triennio) DECLINAZIONE ACCOGLIENZA _____

IEFP – OP. SERVIZI PROMOZIONE E ACCOGL. TURISTICA _____

TECNICO PER IL TURISMO (solo quarta e quinta) _____

MOTIVI DELLA RICHIESTA: _____

DATA: _____ FIRMATO _____

**NB ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL FIRMATARIO (MAGGIORENNE) DELLA
PRESENTE E LA PAGELLA DEL PRIMO QUADRIMESTRE (SE PROVENIENTI DA ALTRI ISTITUTI)**

SPAZIO RISERVATO ISTITUTO GALLI

Domanda pervenuta il

Parere Vicepresidenza

Motivi:
.....
.....

NECESSARI ESAMI INTEGRATIVI / IDONEITÀ NELLE SEGUENTI MATERIE:

--

Decisione Dirigente Scolastico :