



FOTO

LICEO CLASSICO STATALE "B. ZUCCHI"

20900 Monza (MB) – Piazza Trento e Trieste, 6 Tel. 039 323434
E-mail: liceozucchi@liceozucchi.it – Indirizzo Web: www.liceozucchi.gov.it
Pec: MIPC020003@pec.istruzione.it

Studente

Cognome e nome dello studente

Matricola (a cura della segreteria)

Iscritto alla classe

(a cura della segreteria)

RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE ALLA CLASSE DI

- Liceo Classico con potenziamento ambito matematico
- Liceo Classico con potenziamento ambito linguistico
- Liceo Classico tradizionale
- Liceo Classico Cambridge (solo per coloro che hanno avuto conferma di ammissione)

Nota: E' possibile indicare una sola scelta

EVENTUALE RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE NELLA STESSA CLASSE CON ALTRI STUDENTI

Chiedo di essere assegnato nella stessa classe con : _____

Nota: Si possono indicare al massimo due studenti. La richiesta sarà presa in esame solo se formulata in modo reciproco (Se A chiede di essere in classe con B, la richiesta sarà presa in esame solamente se anche B chiede di essere in classe con A. Se A chiede di essere in classe con B e C, la richiesta sarà presa in esame solamente se B chiede di essere in classe con A e C, e C chiede di essere in classe con A e B).

ALTRE PREFERENZE

E' possibile formulare eventuali altre preferenze, come la richiesta di assegnazione alla medesima sezione frequentata attualmente da fratello o sorella dello studente richiedente

RISERVATO AI GENITORI / TUTORE DELLO STUDENTE

Al fine di poter inserire i dati negli elenchi degli elettori e dei candidati alle ELEZIONI degli organi collegiali che si terranno annualmente a norma delle vigenti disposizioni, le SS.LL. sono pregate di compilare la presente in ogni sua parte

	Cognome e nome	Nato/a a	Residenza e indirizzo
Padre	_____ _____	_____ il _____	Via _____ CAP _____ città _____ Tel. abit. _____ tel. uff. _____ Tel. cell. _____
Madre	_____ _____	_____ il _____	Via _____ CAP _____ città _____ Tel. abit. _____ tel. uff. _____ Tel. cell. _____
Tutore	_____ _____	_____ il _____	Via _____ CAP _____ città _____ Tel. abit. _____ tel. uff. _____ Tel. cell. _____

Il sottoscritto dichiara espressamente di aver preso visione del PATTO EDUCATIVO DI CORRESPONSABILITÀ SCUOLA – FAMIGLIE – STUDENTI (disponibile sul sito www.liceozucchi.gov.it o in cartaceo all'atto dell'iscrizione) ai sensi del DPR 245 del 21 novembre 2007 art. 3
Delibera del Consiglio di Istituto del 7 maggio 2008

Data _____

Firma _____
(del padre per esteso)Firma _____
(della madre per esteso)Firma _____
(del tutore per esteso)**NOTE**
