

Spazio riservato all'ufficio:

Ricevuto in data: \_\_\_\_\_ Protocollo n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Annotazioni: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Al Dirigente Scolastico  
IT "Saffi/Alberti"  
Via F. Turati 5  
44121 Forlì (FC)**

**OGGETTO: ESONERO PAGAMENTO TASSE ESAME DI STATO A.S. \_\_\_\_\_ \ \_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

frequentante la classe 5<sup>a</sup> sezione \_\_\_\_\_

### **c h i e d e**

l'esonero dalla tassa d'esame in quanto si trova in una delle seguenti situazioni:

media di almeno 8/10 nello scrutinio finale dell'a.s. \_\_\_\_\_ \ \_\_\_\_\_

limiti di reddito previsti dalla normativa

reddito \_\_\_\_\_ di € \_\_\_\_\_ per nucleo familiare di n. \_\_\_\_\_ persone

studente straniero

si allega certificato attestante l'appartenenza alla condizione sopra indicata

orfani di guerra, di caduti per la lotta di liberazione, di civili caduti per fatti di guerra, di caduti per causa di servizio o di lavoro

si allega certificato attestante l'appartenenza alla condizione sopra indicata

figli di mutilati o di invalidi di guerra o per la lotta di liberazione, di militari dichiarati dispersi, di mutilati o di invalidi civili per fatti di guerra, di mutilati o invalidi per causa di servizio o di lavoro

si allega certificato attestante l'appartenenza alla condizione sopra indicata

ciechi civili

si allega certificato attestante l'appartenenza alla condizione sopra indicata

mutilati od invalidi di guerra o per la lotta di liberazione, mutilati od invalidi civili per fatti di guerra, di mutilati od invalidi per causa di servizio o di lavoro

si allega certificato attestante l'appartenenza alla condizione sopra indicata

Forlì, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del genitore)