

Al Dirigente Scolastico  
Liceo Statale "T. Ciceri"  
Via Carducci , 9  
22100 - COMO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a  
\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ a.s. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

CHIEDE

- Certificato di frequenza a.s. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- Certificato con voti a.s. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- Certificato Diploma a.s. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Per uso: \_\_\_\_\_

Se per estero indicare dove: \_\_\_\_\_

Como, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma