

Al Dirigente Scolastico  
del Liceo Scientifico Statale "L. Pasteur"  
Sede

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

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

alunno/a della classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a sostenere l'Esame di Stato Sessione Unica ad indirizzo:

---

nell'Anno Scolastico 2017/2018

Allega:

- Attestazione di versamento di € 12,10 sul conto corrente postale N. 1016 intestato a Agenzia delle Entrate – Tasse Scolastiche Causale: Tassa Esame di Maturità
- Attestazione di versamento di € 15,13 sul conto corrente postale N. 1016 intestato a Agenzia delle Entrate – Tasse Scolastiche Causale: Tassa ritiro diploma

Roma, \_\_\_\_\_

**FIRMA**

---