|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |

 **Al Dirigente Scolastico**

 **I.T.E “A. GALLO”** **Aversa (CE)**

**DIRITTO ALL’ESONERO TASSE SCOLASTICHE ESAMI DI STATO**

**ESONERO PER MERITI SCOLASTICI**

Il sottoscritto/a……………………………………………………. nato/a……………………………………

residente in…………………………………………..(….), Via…………………………………… N….

genitore dell’alunno/a………………………………………………………..della classe……….Sez………..,

indirizzo……………………………………………………………………

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità, di non effettuare il versamento della tassa prevista per l’ammissione all’esame

di Stato 2021-22 di **€ 12,09** per merito.

1. Media Scolastica non inferiore a 80/100
2. Comportamento non inferiore a 8/10

N. B. Non hanno diritto all’esonero gli alunni ripetenti o che siano incorsi in punizioni disciplinari

 ex Art. 19 lettera”D” e seguenti del R.D. 451925 n. 653

**Aversa** ,………………………. **Il Dichiarante** …………………………………………..