

# SCELTA DEL PERCORSO ESABAC

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore dello studente/essa

\_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_ indica

l'intenzione di frequentare a decorrere dall'a.s. \_\_\_\_\_, il corso di studio linguistico

ESABAC: (barrare una voce)

- ESABAC SI'
- ESABAC NO

Firma dello studente \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

(per presa visione a conferma della dichiarazione anche in caso di alunni maggiorenni)