

Spett. Direzione del
Centro di Formazione Professionale
di Trissino

Il sottoscritto _____ genitore

dell'allievo/a _____ del corso _____ sez. _____

CHIEDE

Il rilascio di un duplicato del badge scolastico per il seguente motivo:

- ☐ smarrimento
- ☐ spezzato .

Luogo e data

Firma

IL COSTO PER IL DUPLICATO DEL BADGE E' DI € 6.00

Ha pagato il BADGE € _____ rilasciato duplicato il _____