

TRIENNIO SPERIMENTALE I LIVELLO

Al Direttore del Conservatorio Statale di Musica "G. PUCCINI"

Via XX Settembre n. 34 – 19121 LA SPEZIA
Tel. 0187/770333 Fax 0187/770341

Il/La sottoscritto/a _____
cognome nome
nato/a a _____ il _____

iscritto alla scuola di _____ ANNO _____

CHIEDE di poter sostenere presso codesto Conservatorio nella sessione _____

dell'A.A. 200__ / 200__ in qualità di **ALLIEVO** i sottoelencati esami:

DISCIPLINE DI BASE:

Esame di _____
Esame di _____
Esame di _____
Esame di diploma _____

DISCIPLINE CARATTERIZZANTI:

Esame di _____
Esame di _____
Esame di _____
Esame di _____

DISCIPLINE AFFINI O INTEGRATIVE:

Esame di _____
Esame di _____
Esame di _____
Esame di _____

Il/La sottoscritto/a dichiara quanto segue:

che nessuna istanza é stata o sarà presentata in altri Istituti Musicali Governativi o Pareggiati o Conservatori per sostenervi esami di qualsiasi materia nelle due sessioni del medesimo anno scolastico cui si riferisce la presente domanda.

data _____

Firma del candidato _____

Firma del genitore _____
(per gli allievi minorenni)