*(Nome Istituto)*_____

DIPLOMATI A.S. 2015/2016

(residenti ininterrottamente da almeno 3 anni nel Comune di Verona, con voto finale non inferiore a 98/100)

Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Indirizzo di residenza	c.a.p. (VERONA)	Indirizzo di studio*	Voto Maturità	Tel./cell. e indirizzo mail

* *necessario solo se l'Istituto ha diversi indirizzi (es.: Liceo Classico/Scientifico …).*