

**Al Dirigente dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Basilicata  
Ufficio III - Ambito Territoriale per la Provincia di Matera**

**RICHIESTA CERTIFICATO DI ABILITAZIONE SCUOLA DELL'INFANZIA – SCUOLA PRIMARIA**

**Scuola dell'infanzia**

**Scuola primaria**

(barrare ordine di scuola richiesta)

\_l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

C H I E D E

il certificato di abilitazione del:

Concorso ordinario / riservato del \_\_\_\_\_

indetto con \_\_\_\_\_

nella provincia di \_\_\_\_\_

Per ritirare il certificato \_l\_ sottoscritt\_\_ opta per:

Ritiro a mano

Spedizione all'indirizzo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(nel caso di spedizione allegare n. 1 busta e n. 1 francobolo di posta prioritaria)*

Data, \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_