

Oggetto: richiesta di NULLA OSTA al trasferimento

ALUNNO _____

CLASSE _____ ANNO SCOLASTICO _____ PLESSO _____

ORDINE DI SCUOLA _____

I sottoscritti: genitori tutori affidatari

COGNOME NOME _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____ N. _____

TEL. _____

COGNOME NOME _____

COGNOME NOME _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____ N. _____

TEL. _____

CHIEDONO

Il NULLA OSTA al trasferimento in altro Istituto:

- Denominazione esatta Istituto accettante: _____
- Indirizzo esatto Istituto accettante (Via, città o Paese estero): _____
- E-mail istituto accettante: _____
- Per i seguenti motivi:

Data, _____

FIRMA PADRE/TUTORE/AFFIDATARIO

FIRMA MADRE/TUTRICE/AFFIDATARIA

La firma deve essere leggibile

Allegare documento di riconoscimento di entrambi i genitori

Spazio riservato alla segreteria

VISTO SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
