

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto

Il sottoscritto _____ genitore/tutore dell'alunno
_____ nato a _____ () il
_____,

iscritto per l'anno scolastico ____/____ presso _____ ,
alla classe _____ SEZ _____ .

chiede che venga rilasciato certificato di NULLA OSTA al trasferimento dell'alunno presso:

(denominazione scuola)

per i seguenti motivi:

Data _____

Firma

