

OGGETTO: richiesta nulla-osta

I sottoscritti _____
genitori/tutori dell'alunno/a _____
nato/a a _____ () il _____
iscritto/a per l'anno scolastico _____ / _____ alla classe _____ indirizzo _____
di questo Istituto

CHIEDE

Alla S.V. il rilascio del **NULLA-OSTA** al trasferimento dell'alunno/a

presso l'Istituto _____

Via _____ Comune di _____

Prov. () - Tel. _____

Per i seguenti motivi:

Data _____

Firma di entrambi i genitori



VISTO
SI AUTORIZZA



VISTO
NON SI AUTORIZZA

Il Dirigente scolastico
Prof.ssa Carmela Miranda