

Il/la sottoscritt _____

Genitore dell'alunn _____

Nat ___ a _____ il _____ iscritt ___ nell'a.s. _____

alla classe _____ sez. _____ dell'Istituto _____

CHIEDE il NULLA OSTA

Per il trasferimento del/della propri ___ figli ___ all'Istituto _____

Via _____ n° _____ c.a.p. _____ città _____

per i seguenti motivi :

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO : _____

Roma, _____

FIRMA
