

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto _____

con sede a _____

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno _____ nato a _____ () il _____,

iscritto per l'anno scolastico ____/____ presso _____,

alla classe/sez _____, chiedono che venga rilasciato certificato di NULLA OSTA al trasferimento

dell'alunno presso:

(denominazione scuola)

per i seguenti motivi:

Data _____

Firma _____
