

Richiesta NULLA OSTA

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto

Il sottoscritto _____ genitore/tutore dell'alunno

_____ nato a _____ () il _____,

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

alla classe _____.

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

ISTITUTO ODONTOTECNICO con sede a VARESE in Via Bernardino Castelli, 6

per i seguenti motivi:

Data _____

Firma
