

Modello richiesta NULLA OSTA

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto

---

---

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
genitori/tutori dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ iscritto/a  
per l'a.s. \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
alla classe \_\_\_\_\_

CHIEDE

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

---

(denominazione scuola)

Per i seguenti motivi:

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori/tutori

---

---