

Al Dirigente Scolastico
I.C. Como Centro Città

Il/La sottoscritto/a genitore _____

dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____

iscritto/a nella classe ____ sez. ____ della scuola:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Primaria Via Fiume | <input type="radio"/> Secondaria "Virgilio Marone" |
| <input type="radio"/> Primaria Via Viganò | <input type="radio"/> Secondaria "Parini" |
| <input type="radio"/> Primaria Via XX Settembre | |

CHIEDE

Il **NULLA OSTA** al trasferimento del proprio figlio/a per l'a.s. _____

dalla classe _____ della scuola _____

alla classe _____ della scuola _____

Per i seguenti motivi _____

Dichiara che l'altro genitore è: consenziente o privo della patria potestà o deceduto/a

Como, _____

Firma del genitore

Recapito telefonico
