ISTITUTO COMPRENSIVO DI CAMBIANO

Via Roma, 5 – 10020 Cambiano (To)
Tel. 011/944.02.36 Fax: 011/945.71.26 – Email: TOIC85600B@istruzione.it
Codice Fiscale: 90018760018

Prot. n.
del _____

OGGETTO: Richiesta di Nulla Osta

I sottoscritti_____
genitori dell'alunn_____
nato/a a _____il_____
della classe _____sez. ____della Scuola primaria/secondaria di I Grado_____

CHIEDONO

Nulla Osta al trasferimento in altro Istituto:

_____

_____

per i seguenti motivi:

_____

_____

I sottoscritti dichiarano di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale (Disposizioni decreto legislativo 28 dicembre 2013) di cui agli artt. 316 comma, 337 ter co.3, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Cambiano, _____

Firma Padre _____

Firma Madre _____

.....

Estremi dei documenti di riconoscimento

1) Tip. Doc._____N°_____
   Rilasciato da_____ il _____

2) Tip. Doc._____N°_____
   Rilasciato da_____ il _____

Cambiano, _____ Firma dell'impiegato addetto_____