

Modello richiesta NULLA OSTA

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto

---

---

---

I sottoscritti \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ genitori/tutori 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:

\_\_\_\_\_  
(denominazione scuola)

per i seguenti motivi:

---

---

Data \_\_\_\_\_

Firma

---

---