Al Dirigente Scolastico
I.T.T.S. "G. e M. Montani"
63900 - F E R M O

Il/La sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a _____

nato/a a_____il_____

iscritto/a / frequentante nell' a.s. _____ la classe _____

☐ CONVITTORE ☐ SEMICONVITTORE

CHIEDE

il **NULLA OSTA** al trasferimento del/della proprio/a figlio/a presso l' Istituto Scolastico:

_____

per i seguenti motivi: _____

_____

***data*_____** **Firma dei genitori** (o Tutore)

_____/ _____

◈◈◈