



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE UNIVERSITA' RICERCA  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
**Istituto Comprensivo VIA BOCCIONI**  
Via U. BOCCIONI N. 12- 00197 ROMA (RM) tel.068553209 fax 068845025

Roma,, \_\_\_\_\_

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**I.C. VIA BOCCIONI**

**OGGETTO: RICHIESTA NULLA-OSTA**

**ALUNNO** \_\_\_\_\_

**NATO/A IL** \_\_\_\_\_ **A** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE A** \_\_\_\_\_ **VIA** \_\_\_\_\_

**CLASSE** \_\_\_\_\_ **SEZ.** \_\_\_\_\_ **PLESSO** \_\_\_\_\_

**SCUOLA INFANZIA / PRIMARIA/ SECONDARIA**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno suindicato

**CHIEDE**

**Nulla-osta al trasferimento in altro Istituto** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Per i seguenti motivi** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma del padre**

**Firma della madre**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VISTO: si concede / non si concede**  
Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Matilde Nanni