



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