

Spazio riservato all'ufficio:

Ricevuto in data: _____ Protocollo n. _____ del _____

Annotazioni: _____

**Al Dirigente Scolastico
IT "Saffi Alberti"
Via F. Turati 5 – Forlì (FC)**

Oggetto: RICHIESTA CAMBIO INDIRIZZO DI STUDI O DI CLASSE

Il/La Sottoscritto/a _____, in qualità di genitore/tutore dell'alunno/a
_____ nato/a a _____ ()
il _____ ed iscritto/a per l'a.s. 20_____/20_____ alla classe _____ sezione _____
indirizzo email per le comunicazioni _____
Recapito telefonico _____

CHIEDE

Di poter trasferire l'iscrizione di mio figlio/a dai seguenti indirizzi:

dalla classe _____ indirizzo _____

alla classe _____ indirizzo _____

Forlì (FC), li _____

Firma dei Genitori/Tutori:

Spazio riservato all'ufficio:

Visto in data: _____

Motivo del Diniego:

Si concede

NON si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO:

