

Oggetto: **Domanda Rilascio Nulla Osta.** (La richiesta deve essere effettuata dai genitori)

I sottoscritti _____ (madre)
Cognome e nome

_____ (padre)
Cognome e nome

genitori dell'alunno/a _____ della classe _____ sez. _____

anno scolastico 20___/20___ **CHIEDONO IL RILASCIO DEL NULLA OSTA** per l'iscrizione all'Istituto:

_____ statale paritario privato
(indicare nome dell'istituto)

di _____ Telefono _____ Fax _____

per i seguenti motivi: _____

Riquadro da compilare solo se la richiesta è successiva allo scrutinio finale (da Giugno a Settembre)

L'alunno/a ha frequentato la classe _____ sez. _____ nell'anno scolastico 20___ / 20___ ed è stato:

AMMESSO alla classe successiva NON AMMESSO alla classe successiva GIUDIZIO SOSPESO

Roma, ___ / ___ / 20___ Firma dei genitori _____

Sig. _____ Tel. _____

Autorizzazione del Dirigente del ___ / ___ / 20___ Reg. Cert. _____

DICHIARAZIONE

IL/LA sottoscritt_ genitore dell'alunno/a _____ della classe
_____ sez. _____ dichiara che il coniuge _____ è a conoscenza e
condivide la presente richiesta di Nulla Osta.

Roma, / /

Firma _____