



ISTITUTO PARITARIO “PAOLO SEGNERI”

Istituto Tecnico Economico Indirizzo A.F.M.

Liceo Scientifico Opzione Scienze Applicate

Liceo delle Scienze Umane Opzione Ec. Sociale

C.M. AFM: RMTD325008 - C.M. LSA: RMPSV5500M – C.M. LSUES: RMPMR25005

Al Coordinatore Didattico
dell’Istituto Paolo Segneri

Il sottoscritto _____ genitore/tutore dell’alunno

_____ nato a _____ () il _____,

iscritto per l’anno scolastico ____/____ presso questo Istituto Paritario alla classe ____ sez. ____

chiede che venga rilasciato certificato di NULLA OSTA al trasferimento dell’alunno presso:

(denominazione scuola)

per i seguenti motivi:

Data _____

Firma

