

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'ISTITUTO "T.PATINI"  
CASTEL DI SANGRO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Abitante a

\_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Iscritto/a nell'a.s. \_\_\_\_\_ alla classe \_\_\_\_\_

**CHIEDE CORTESEMENTE ALLA S.V. IL CAMBIO indirizzo**

Per il seguente motivo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dichiara inoltre sotto la propria responsabilità, che intende trasferire il /la proprio/a figlio/a  
dal corso \_\_\_\_\_ al corso. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Certo/a che la domanda verrà accolta, ringrazia e porge distinti saluti.

FIRMA \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_