

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S. "Galilei-Vetrone"
p/zza Risorgimento
82100 Benevento**

I sottoscritti _____

genitori/tutori dell'alunno _____

nato a _____ () il ____/____/____, iscritto per l'anno scolastico ____/____

presso questo **Istituto** alla classe _____ del

(Liceo Scientifico/IT per Geometri-C.A.T./IT Agrario)

CHIEDONO

che venga rilasciato certificato di **NULLA OSTA** al trasferimento dell'alunno presso il seguente

Istituto _____
(denominazione)

Via _____ Città _____

tel. _____

Per i seguenti motivi:

Data _____

Firma dei i genitori

