



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "ALCIDE DE GASPERI"
VIA MATTEO BANDELLO 30 – 00137 ROMA
TEL. 06.87137117 – Fax 06.87131100 E-MAIL:RMIC8EJ00R@ISTRUZIONE.IT
CODICE MECCANOgRAFICO: RMIC8EJ00R – C. F. 97712630587

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Claudia Regazzini

RICHIESTA DI NULLA OSTA

Noi sottoscritti _____
e _____ genitori tutore/sogg. affidatario

dell'alunno/a _____

nato a _____ (_____) il _____

frequentante la classe _____ sezione _____ della scuola _____

CHIEDIAMO IL NULLA OSTA

per trasferirlo presso la scuola _____

Roma, _____

Firma _____

Firma _____

DA COMPILARE A CURA DELLA SCUOLA DI DESTINAZIONE

Si conferma la disponibilità all'iscrizione dell'alunno/a _____

nella classe _____ della Scuola _____

plesso _____ via _____

codice meccanografico: _____

Roma, _____

Il Dirigente Scolastico

Firma _____