Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Statale "Paolo Vasta"

<u>ACIREALE</u>

II/La Sottoscritt _		nat _	
	Cognome e Nome		data di nascita
a	(prov. di),	residente in	
città – paese	sigla		città-paese
(prov. di)	via/piazza		n°
Sigla	via-piazza	a-largo	
in qualità di	dell'alunr e – Madre – Tutore	1	nome e nome
		•	
II/La Sottoscritt _	Cognome e Nome	nat _	il
a	(prov. di),	residente in	città-paese
(prov. di) Sigla	via/piazza	 a-largo	n²
in qualità di	dell'alunr	1	
Padre	e – Madre – Tutore	Cogr	nome e nome
nat il	aa		(prov. di),
data	di nascita Città		sigla
iscritt alla clas	se sezione della so	cuola:	
	☐ PRIMARIA ☐	SECONDARIA	
	CHIEDE		
alla S.V. il rilaso	cio del Nulla Osta per l'istitut	to	
di	(prov. di) per il seguen	te motivo:
Acireale,			Con osservanza
	_	Firma Padre Firma Madre	
Visto	□ SI AUTORIZZA		
	\square NON SI AUTORIZZA		

Il Dirigente Scolastico Prof.ssa Rosa Vittoria Arnone