

Al Dirigente Scolastico
Istituto di Istruzione Secondaria di II grado
"Claudia de' Medici"
Via San Quirino, 37 39100 BOLZANO

**RICHIESTA* DI TRASFERIMENTO AD ALTRO ISTITUTO
DELLA PROVINCIA DI BOLZANO**

La/Il sottoscritta/o madre/padre/tutrice/tutore dell'alunna/o _____

nata/o a _____ il _____

che frequenta/ha frequentato nell'anno scolastico 20_/ 20____ la classe _____ con

esito _____

C H I E D E

per l'anno scolastico 20____ / 20____ il trasferimento al seguente Istituto (indicare quale) della
provincia di Bolzano (in caso di apprendistato allegare il relativo contratto):

Bolzano, _____

Firma dell'alunna/o

Firma di entrambi i genitori ⁽¹⁾
o della/del legale di rappresentante

- (1) La/Il sottoscritta/o, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445/2000, dichiara di aver effettuato le scelte/richieste del presente modulo in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337ter e 337quater del Codice Civile come modificato dal D.Lgs. 154/2013, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

VISTO SI AUTORIZZA:
La Dirigente Scolastico
Dott.ssa Silvia Franco
sottoscritto con firma digitale

* Qualora la presente richiesta venga presentata tramite e-mail, la stessa va inviata INSIEME ALLA COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL GENITORE O DEL LEGALE RAPPRESENTANTE RICHIEDENTE.