

***RICHIESTA CAMBIO INDIRIZZO***

Al Dirigente Scolastico

dell’I.T.S. “C.A. Dalla Chiesa”

Via Sicilia, 60 80021 Afragola (Na)

Il/La sottoscritto/a ………………………………………………………………………………………………………………

genitore dell’alunno/a …………………………………………………………………………………………………………

nato a ………….…………………………… (………) il ……………………………… residente in ………………………

………………………………… via ……………………………………………………… tel. ……………………………………..

frequentante nell’ a.s. ………………/……………… la classe ……………… Sez. ……………… indirizzo……..

…………………………………………………………… di questo Istituto,

***C H I E D E***

il cambio di indirizzo, da …………………………………………… a ………………………………………………………

per il seguente motivo: ………………………………………………………………………………...……………………….

Afragola,………………………..

 In Fede ……………………………..

Vista la richiesta e tenuto conto dei motivi addotti:

□ si accoglie

□ non si accoglie

 Il Dirigente Scolastico

 Prof. Vincenzo Montesano