

Al Dirigente Scolastico
ISTITUTO STATALE
"Duca degli Abruzzi"

31100 T R E V I S O

Oggetto: **RITIRO** – **TRASFERIMENTO** (segnare con una crocetta)

Io sottoscritto/a _____, residente
a _____ genitore / o esercitante la potestà
genitoriale dell'alunno/a _____ nato/a a
_____ () il ___ / ___ / _____, frequentante della classe _____
sez. _____, comunica la volontà di ritirare / trasferire lo studente sopraindicato a
partire dal giorno ___ / ___ / _____.

Il sottoscritto richiede inoltre il rilascio del NULLA OSTA per
l'iscrizione dello studente presso:

Treviso, ___ / ___ / _____

Firme di entrambi i genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale o
dell'alunno/a maggiorenne emancipato/a.

Firme *

* Nel caso risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, colui il quale appone la propria firma in qualità di esercente la responsabilità genitoriale, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Ai sensi dell'articolo 38, d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all'Ufficio competente unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.