

Timbro Ufficio Protocollo

Al Dirigente Scolastico
del L.S.S. Augusto Righi
di Roma

Oggetto: Domanda CAMBIO DI SEZIONE e/o IND. DI STUDIO.

Il/La sottoscritto/a _____

genitore dello/a studente/ssa _____

della classe _____ sez. _____ anno scolastico 20____ /20____

CHIEDE

il CAMBIO DI SEZIONE dalla _____ alla _____

il CAMBIO di INDIRIZZO DI STUDIO dal _____ al _____

per i seguenti motivi: _____

Roma, ____/____/20____

Firma _____

Sig. _____ Tel. _____

Autorizzazione del Dirigente _____ del ____ / ____ /20____