



**Istituto di Istruzione Superiore
"LICEO BOCCHI-GALILEI"**

Indirizzi: Classico, Linguistico, Scienze Umane, Scientifico, Scienze Applicate
Via Dante 4, 45011 ADRIA (RO) tel. 0426 21107 - C.F. 90016140296
Codice Meccanografico ROIS00100E - COD.UFF. UF90B7
e-mail: rois00100e@istruzione.it rois00100e@pec.istruzione.it



MODULO 4

**RICHIESTA PASSAGGIO DA ALTRO INDIRIZZO IN CORSO D'ANNO
(solo per le classi prime entro la fine del primo periodo)**

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto

Il/i sottoscritto/i _____ genitore/i – tutore dell'alunno/a
_____ nato/a a _____ () il _____ ,
iscritto/a per l'anno scolastico ____/____
alla classe _____ del Liceo "Bocchi-Galilei"

CHIEDE / CHIEDONO

il passaggio de il proprio figlio/a all'indirizzo _____

per il seguente motivo:

Adria, _____

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

Genitore 1 _____ Genitore 2 _____

Nel caso in cui la domanda sia formulata e sottoscritta da uno solo dei genitori occorre sottoscrivere anche la seguente dichiarazione: **"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta 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".**

Data _____ Firma del genitore _____

SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Richiesta acquisita agli atti della scuola con prot. n. _____ in data _____

Si autorizza – Non si autorizza

Data _____

Il Dirigente Scolastico