

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO "GIOVANNI PAOLO II"  
SALERNO

Oggetto: RICHIESTA REVOCA ISCRIZIONE.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
genitore  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_, iscritto alla classe sez \_\_\_\_ della Scuola dell'Infanzia  
plesso:

- Santa Margherita
- Collodi
- Sala Abbagnano

CHIEDE

la revoca dell'iscrizione alla vostra istituzione scolastica, per l'anno scolastico 20\_\_\_\_/20\_\_\_\_ per il  
trasferimento ad altro istituto e/o per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Salerno, \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

Visto si autorizza:

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Lea Celano