

Al Dirigente Scolastico
Istituto Istruzione Superiore "G. Garibaldi"
Macerata

Il sottoscritto _____
genitore dello/a studente/studentessa _____ nato/a
a _____ (Prov. _____) il _____ iscritto/a alla
classe _____ sez. _____ di codesto Istituto e residente a _____ in
via _____ n. _____ tel. _____
cellulare (del genitore) _____ indirizzo mail (del genitore) _____

CHIEDE

la rinuncia alla frequenza del Convitto e l'iscrizione alla frequenza del Semiconvitto per l'a.s. 18-19

_____, li _____
(luogo e data)

(Firma del genitore)