

**Al Dirigente Scolastico
Istituto Autonomo Comprensivo
Di San Cipriano d'Aversa**

Il / La Sottoscritt_____

Nat ___ a _____ il _____

Residente a _____

Via _____ n° _____ Tel _____

Genitore dell'alunn_____

Nat_ a _____ il _____

frequentante la classe _____ sez. _____ plesso _____

CHIEDE

Data _____

firma
