



ROMA CAPITALE

Municipio Roma I Centro
U.O.S.E.S.
Ufficio Scuola dell'Infanzia

All'Ufficio Scuola dell' Infanzia

OGGETTO: RICHIESTA DI TRASFERIMENTO ANNO SCOLASTICO 201__ - 201__

Il/la sottoscritto/a _____

Residente a _____

Via/P.zza _____

n. _____

c.a.p. _____

Tel. _____

cell. _____

e – mail: _____

In qualità di: padre madre tutore affidatario/a

del/la bambino/a:

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a: _____

il _____

iscritto presso la Scuola Capitolina dell'Infanzia _____ Municipio _____

chiede che il proprio figlio venga trasferito alla Scuola Capitolina dell'Infanzia _____

Con orario 8.30-13.20 14.30 16.30

Religione Cattolica SI NO

a seguito del trasferimento di residenza del nucleo familiare in:

Via/Piazza: _____

Firma leggibile