

Il /la sottoscritt.. _____
nella sua qualità di _____

D I C H I A R A

di ritirare da codesta Scuola l'alunno/a _____
nato/a il _____ a _____, della classe _____
del corso _____

CAUSA DI ABBANDONO:

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. AVVIAMENTO AL LAVORO..... | <input type="checkbox"/> |
| 2. MOTIVI FAMILIARI..... | <input type="checkbox"/> |
| 3. MOTIVI DI SALUTE..... | <input type="checkbox"/> |
| 4. DISAGIO SCOLASTICO..... | <input type="checkbox"/> |
| 5. ESAMI DA PRIVATISTA..... | <input type="checkbox"/> |
| 6. TRASFERIMENTO ALLA SCUOLA.....
CENTRO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE
per cui si chiede NULLAOSTA..... | <input type="checkbox"/> |

=====

Firenze, _____

Firma _____

Spazio riservato all'ufficio per annotazioni.

DOCUMENTO DI IDENTITA'
.....