

**Al Dirigente Scolastico
dell'ISIS "A.Malignani"
U D I N E**

Udine, _____

OGGETTO: RICHIESTA CAMBIO SPECIALIZZAZIONE / SEZIONE / CORSO

Il/la sottoscritto/a _____

Genitore dell'allievo/a _____ nato/a il _____

frequentante nell'anno scolastico 2013/14 la classe _____

iscritto/a per l'anno scolastico 2014/15 alla classe _____

chiede di

- **Poter cambiare SPECIALIZZAZIONE da _____
a _____**
- **Poter cambiare SEZIONE dalla classe _____
alla classe _____**
- **Potersi trasferire dal corso DIURNO al corso SERALE**
- **Potersi trasferire dal corso SERALE al corso DIURNO**

(firma del genitore) _____

(firma dell'allievo/a se maggiorenne) _____

Telefono o cellulare n° _____

Parte riservata alla segreteria

Ufficio didattica / Numero studenti per sezione _____

Colloquio di riorientamento con:

- Dirigente Scolastico** in data _____
- Collaboratore del Dirigente Scolastico** in data _____
- Coordinatore di classe** in data _____

PARERE FAVOREVOLE

PARERE NEGATIVO

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO
-Prof.ssa Ester IANNIS-**