

Prot. N°. _____
Pos. B 23 a
Data: _____
<u>Spazio riservato all'Ufficio</u>

*Al Dirigente Scolastico  
del 2° Circolo Didattico  
di RAVENNA*

*Via F.Mordani, 5  
48121 RAVENNA  
TEL. 0544-212081  
FAX: 0544-217707*

Anno Scolastico: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, genitore  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_,  
a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ iscritto alla classe /sezione \_\_\_\_\_  
della Scuola \_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

il rilascio di N°. \_\_\_\_\_ copie di:

- CERTIFICATO DI ISCRIZIONE – ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ;
- CERTIFICATO DI ISCRIZIONE E FREQUENZA – ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ;
- CERTIFICATO DI COMPIMENTO STUDI ELEMENTARI ;
- ALTRO : (specificare) .....

per i seguenti motivi

---

---

Ravenna, lì \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE**

---