



**AUTODICHIARAZIONE CAMBIO ORGANISMO ASSISTENZA SPECIALISTICA SCOLASTICA 2024/2025**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ genitore dello studente

\_\_\_\_\_

frequentante la Scuola Secondaria di II Grado

l'Istituto \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di voler cambiare in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ l'Organismo precedentemente scelto

\_\_\_\_\_ con l'Organismo

\_\_\_\_\_ per il/i seguente/i motivo/i :

MOTIVI PERSONALI

MOTIVI FAMILIARI

ALTRO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_