

**CONSERVATORIO STATALE DI MUSICA "Antonio Buzzolla"  
ADRIA**

**AL DIRETTORE**

**Oggetto: CAMBIO DOCENTE A.A. 20\_\_\_/20\_\_\_**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Alliev\_ della scuola di (strumento) \_\_\_\_\_

con il Prof. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**DI POTER CAMBIARE IL DOCENTE DEL**

Corso di \_\_\_\_\_

passando dal prof. \_\_\_\_\_

al prof. \_\_\_\_\_

per motivi \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
del candidato maggiorenne - per i minorenni: firma di un genitore o di chi ne fa le veci

Firma del Docente d'uscita

Firma del Docente d'entrata

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NB: il modulo dovrà essere consegnato in segreteria entro e non oltre il  
30 NOVEMBRE. E' obbligatoria la firma di entrambi i docenti.**

Si autorizza/non si autorizza

**Il Direttore M° Roberto Gottipavero**