

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. È obbligatoria la firma di entrambi i docenti.**

Si autorizza/non si autorizza

Il Direttore M° Paolo Zoccarato