

Il/La Sottoscritto/a _____ nato a _____

(prov. ____) data di nascita _____ residente a _____ (prov. ____)

Via – piazza _____ n° _____ , in qualità di :

PADRE MADRE TUTORE dell'alunno/a _____

Il/La Sottoscritto/a _____ nato a _____

(prov. ____) data di nascita _____ residente a _____ (prov. ____)

Via / piazza _____ n° _____ , in qualità di :

PADRE MADRE TUTORE dell'alunno/a _____

Iscritto alla classe _____ sez. _____ di scuola:

INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA

DELEGANO

IL /La Sig. /Sig.ra _____ , nato /a a _____

(prov. ____) data di nascita _____ residente a _____ (prov. ____)

Via – piazza _____ n° _____ , in qualità di :

_____ ad accompagnare e/o riprendere

__I__ propri__ figli__

Il/La Sottoscritto/a DICHIARA di sollevare l'Amministrazione Scolastica da ogni responsabilità civile e penale.

Acireale, _____

FIRMA PADRE

FIRMA MADRE

Si allega alla presente COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL DELEGATO

Visto SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Rosa Vittoria Arnone

