



Ministero dell'Istruzione

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA TOSCANA
 ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE GIUSEPPE GIUSTI – CAMPO NELL'ELBA
 PIAZZA VITTIME PIROSCAFO SGARALLINO 1 – CAMPO NELL'ELBA (LI) 57034
 ☎ 0565-976063 Fax. 0565-978826 - Codice Fiscale: 82001970498 Codice Meccanografico: LIIC803009

Al Dirigente scolastico
 Ai Docenti
 Al personale A.T.A.

I sottoscritti

Genitori dell'alunno/a

Frequentante la scuola

Classe sez.

DELEGANO

le sotto indicate persone:

	Nome e cognome	luogo e data di nascita	vincolo di parentela
1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A RITIRARE

Il/La proprio/a figlio/a, sollevando la scuola da qualsiasi responsabilità conseguente.

Prende atto che la responsabilità della scuola stessa cessa dal momento in cui il bambino viene affidato alla persona delegata. La presente delega vale fino a revoca o rettifica della stessa da parte del/della sottoscritto/a. Si allega fotocopia del documento di identità dei Deleganti e del/i Delegato/i..

Luogo e data _____

Firma _____ Firma _____

IL MODULO DEBITAMENTE COMPILATO DOVRA' ESSERE RESTITUITO, IN TEMPI BREVI, AL DOCENTE COORDINATORE DI CLASSE E FIRMATO DA ENTRAMBI I GENITORI.

Nel caso in cui la domanda sia formulata e sottoscritta da uno solo dei genitori occorre sottoscrivere anche la seguente dichiarazione:

Ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR, in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia personale responsabilità di esprimere anche volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà dell'alunno/a, il quale conosce e condivide le scelte esplicitate attraverso la presente delega.

Firma del genitore.....