

Al Dirigente Scolastico
Del I.C. "Giuseppe Fava"
M A S C A L U C I A

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno/a _____ nat_ a _____ il _____

frequentante la Classe _____ sez. _____

del plesso scolastico Via TIMPARELLO ☐

del plesso scolastico Via REINA ☐

del plesso scolastico Via DEI VILLINI ☐

DELEGANO

al ritiro del proprio figlio/a al termine dell'orario scolastico o in orario scolastico, qualora se ne ravvisi la necessità, le sotto indicate persone maggiorenni:

NOME E COGNOME

RELAZIONE CON L'ALUNNO/A

1) _____

2) _____

3) _____

La presente autorizzazione ha valore per l'anno scolastico in corso e fino al momento dell'eventuale variazione o annullamento da parte dei genitori.

DATA _____ **REG.** _____

Firma delle persone delegate

Firma dei genitori

Si allegano fotocopie dei documenti di identità delle persone delegate