SCUOLA PRIMARIA PARITARIA PARIFICATA
"SANTA SOFIA"
Via S. Giovanni Bosco, 3 Civitavecchia (RM)
Tel. 0766/22866 fax 0766/25966
Cod. Min. RM1E143003

AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI AL RITIRO DI MINORE DA PARTE DI ALTRA PERSONA DELEGATA (MAGGIORENNE)

I sottoscritti ……..
……..
genitori dell'alunno/a …… iscritto nella sezione……..
Scuola …… di ……

delegano

1. il/la signor/a *(nome e cognome)* ……

in qualità di ……Tel. …… Cell. ……..
Documento identificativo ……

2. il/la signor/a *(nome e cognome)* ……

in qualità di ……Tel. …… Cell. ……..
Documento identificativo ……

3. il/la signor/a *(nome e cognome)* ……

in qualità di ……Tel. …… Cell. ……..
Documento identificativo ……

4. il/la signor/a *(nome e cognome)* ……

in qualità di ……Tel. …… Cell. ……..
Documento identificativo ……

a prelevare il proprio figlio/a da scuola.

I sottoscritti si assumono ogni responsabilità derivante dalla presente delega in merito alla sicurezza dell'alunno, sollevando l'Istituzione scolastica da ogni responsabilità e dovere di sorveglianza.

Firma di autorizzazione dei genitori

……..

……..

Data, ……

Si allega fotocopia di un documento di riconoscimento per ogni delegato.