I S T I T U T O C O M P R E N S I V O N . 1
4 0 0 6 8 S a n L a z z a r o d i S a v e n a (B o)
Via Repubblica, 25 - Tel e Fax 051 460060 - 051 6270222
E mail boic88100b@istruzione.it Pec boic88100b@pec.istruzione.it
Sito www.ic1sanlazzarodisavena.edu.it c.f. 91370210378

Delega al ritiro dell'alunno/a

I sottoscritti _____ telefono_____
(cognome e nome del padre o di chi ne fa le veci)

_____telefono _____
(cognome e nome della madre o di chi ne fa le veci)

Genitori dell'alunno/a _____ frequentante la classe/sez. _____

scuola _____, ai sensi dell'art.46 del D.PR 445/2000 sotto la propria responsabilità

DICHIARANO

di DELEGARE AL RITIRO DELL'ALUNNO/A al termine delle lezioni e/o, in caso di necessità durante l'orario scolastico, le seguenti persone di cui alleghiamo fotocopia del **documento di riconoscimento e dichiarazione di accettazione** al ritiro:

NOME E COGNOME	ESTREMI DOCUMENTO RICONOSCIMENTO	TELEFONO

Dichiaro di sollevare la scuola da qualsiasi responsabilità. Consapevoli che la responsabilità della scuola cessa nel momento in cui il bambino viene affidato alla persona delegata.
La presente delega ha validità per l'intero anno scolastico _____

N.B.: IL BAMBINO DEVE ESSERE AFFIDATO SOLO A PERSONE MAGGIORENNI

San Lazzaro di Savena, _____

FIRMA _____

FIRMA _____