

Istituto Comprensivo – “Arbe Zara”

Scuola dell’Infanzia, via Gatti n° 12

GENITORE: (nome e cognome) _____
ALUNNO: (nome e cognome) _____
ISCRITTO ALLA SEZIONE _____
INDIRIZZO: _____ n° _____
N° DI TELEFONO (casa) _____
CELLULARE _____
INDIRIZZO DI POSTO ELETTRONICA _____ @ _____
LAVORO tel. _____
ALTRI RECAPITI TELEFONICI DI EMERGENZA
Sign. _____ tel. _____
Sign. _____ tel. _____

DELEGO

A ritirare mio figlio/a:

NOME COGNOME	TIPO DI DOCUMENTO	N° DI DOCUMENTO	SCADENZA

I delegati dovranno sempre presentarsi muniti di un documento di riconoscimento

“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”

DATA _____

FIRMA LEGGIBILE DEL GENITORE: _____

FIRMA LEGGIBILE DEL GENITORE: _____