

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Statale di Medicina

Noi sottoscritti _____,
genitori/responsabili dell'obbligo scolastico dell'alunno/a _____,
frequentante la classe _____ della scuola primaria _____
deleghiamo al ritiro dell'alunno/a

☐ il/la Sig./Sig.ra di maggiore età

☐ il/la Sig./Sig.ra di maggiore età

☐ il/la Sig./Sig.ra di maggiore età

Medicina, li _____ Firma dei genitori _____

In alternativa Il sottoscritto _____, conformemente alle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non veritiere, di formazione e uso di atti falsi, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver rilasciato la predetta autorizzazione 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

Medicina _____

Firma _____

Si noti bene che qualora si volesse procedere a delega di terze persone è necessario produrre, in allegato al presente modulo, copia fotostatica di documento di riconoscimento in corso di validità sia dei deleganti che del/dei delegato/i.