

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Colozza Bonfiglio

DELEGA PER RITIRO ALUNNO DA SCUOLA

I SOTTOSCRITTI:

(Padre) _____/_____

(Madre) _____/_____

GENITORE/I DELL'ALUNNO/A _____

ISCRITTO/A ALLA CLASSE/SEZIONE _____ DEL PLESSO _____

NELL'AS 20 ____/20____

**DICHIARO CHE IN CASO DI IMPOSSIBILITA', MIO/A FIGLIO/A VERRA' RITIRATO
DA SCUOLADALLE SEGUENTI PERSONE DELEGATE:**

Cognome e nome delegato	n. documento di identità.	Recapito telefonico
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

La presente delega ha validità annuale e deve essere integrata dalle fotocopie dei documenti di identità dei genitori/tutori deleganti e delle persone delegate.

DATA

FIRMA di entrambi i genitori/tutori
