

I sottoscritti _____
genitori dell'alunno/a _____
nato/a a _____ il ____/____/____
frequentante per l'A.S. 202____/202____
la sezione e/o classe ____ del Plesso _____

CHIEDONO

l'autorizzazione di poter prelevare il figlio/a, con esonero di responsabilità da parte della scuola,

nel/i gg. : _____

alle ore: _____:

fino al _____

per tutto l'A.S. 202____/202____

Si prega allegare alla presente copia documenti di riconoscimento dei/del genitori/re e dei delegati

Somma Vesuviana

Firma genitore

____/____/____

1 _____

2 _____

NEL CASO IN CUI LA DOMANDA SIA FORMULATA E SOTTOSCRITTA DA UN SOLO GENITORE OCCORRE SOTTOSCRIVERE ANCHE LA SEGUENTE DICHIARAZIONE:

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76

del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia personale responsabilità di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà dell'alunno/a, il quale conosce e condivide le scelte esplicitate attraverso la presente delega.

Somma Vesuviana

Firma genitori

____/____/____

1 _____