AL DIRIGENTE SCOLASTICO

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “S. RAITI” -SIRACUSA

Via Pordenone, 2 – Tel. 0931/67426 – Fax 0931/21584

I sottoscritti genitori ………………………………………………………………………………………………….

Tel……………………………………… ……………………………………… ………………………………………….

Dell’alunno/a……………………………………………………………………………………………………………..

frequentante la classe/sezione………………della

Scuola Infanzia

Scuola Primaria

Scuola Secondaria di 1° grado

Autorizzano:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome | Nome | Grado parentela | Tel. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Al ritiro del proprio figlio al termine dell’orario scolastico sollevando da ogni responsabilità il personale docente ed ausiliario.

**Allegare copia documento di identità del delegante e di ciascun delegato.**

Siracusa, …………………………….

Con Osservanza

……………………………………………………..

**OVE NON SIA POSSIBILE ACQUISIRE IL CONSENSO SCRITTO DI ENTRAMBI I GENITORI:**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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, 337ter e 337quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(padre/madre) ***SI PREGA DI COMPILARE IL MODULO IN STAMPATELLO***