

ATTO DI DELEGA

- IL SOTTOSCRITTO (genitore)

Cognome	Nome
---------------	------------

- IL SOTTOSCRITTO (genitore)

Cognome	Nome
---------------	------------

- GENITORI DELL'ALUNNO

Cognome	Nome
---------------	------------

Data di nascita	Luogo di nascita
Scuola	Classe Sez.
Anno scolastico 20..../20	

- ABITANTI A

- IN VIA / PIAZZA N.

- DELEGANO I SEGUENTI SIGNORI (allegare copia del documento di identità di ognuno) :

1. Cognome	Nome
Documento n°	Telefono
2. Cognome	Nome
Documento n°	Telefono
3. Cognome	Nome
Documento n°	Telefono

A RITIRARE IL PROPRIO FIGLIO / LA PROPRIA FIGLIA.

DICHIARANO di sollevare da qualsiasi responsabilità conseguente la scuola stessa (Il Dirigente Scolastico, i docenti, il personale ausiliario) e l'Amministrazione dello Stato.

PRENDONO ATTO che la responsabilità della Scuola cessa dal momento in cui l'alunno viene affidato alla persona delegata maggiorenne.

La presente delega vale per

☐ Il giorno	☐ Periodo da a	☐ Intero anno scolastico
--	---	---

I Genitori richiedenti (firma di entrambi)

Legnano,

Firma

Firma