

**DA CONSEGNARE IN SEGRETERIA DIDATTICA O INVIARE SCANSIONATA E
COMPILATA IN TUTTE LE SUE PARTI ALLA MAIL:
DIDATTICA@JACOPONIZZOLA.EDU.IT**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

GENITORE DELL'ALUNNO/A _____ CLASSE _____

DELEGA, FINO AL TERMINE DEL CORSO DI STUDI

LE SEGUENTI PERSONE DI FIDUCIA A RITIRARE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A, SOLLEVANDO LA SCUOLA DA QUALSIASI RESPONSABILITA' CONSEGUENTE.

PRENDE ATTO CHE LA RESPONSABILITA' DELLA SCUOLA CESSA DAL MOMENTO IN CUI L'ALUNNO/A VIENE AFFIDATO/A ALLA PERSONA DELEGATA.

Cognome: _____ nome: _____

Firma del delegato/a: _____

Cognome: _____ nome: _____

Firma del delegato/a: _____

Cognome: _____ nome: _____

Firma del delegato/a: _____

SI ALLEGA (OBBLIGATORIO):

- DOCUMENTO DI IDENTITÀ PATENTE PASSAPORTO DEL DELEGANTE
- DOCUMENTO DI IDENTITÀ PATENTE PASSAPORTO DEL DELEGATO

NOTA BENE: LA DELEGA AVRÀ VALORE FINO A REVOCA DA EFFETTUARSI ESCLUSIVAMENTE DAL GENITORE MEDIANTE RICHIESTA SCRITTA ALLO SPORTELLO O VIA MAIL ALL'INDIRIZZO: DIDATTICA@JACOPONIZZOLA.EDU.IT SPECIFICANDO IL NOME DELL'ALUNNO, IL NOME DEL DELEGATO REVOCATO E ALLEGANDO DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DELEGANTE

Data _____

Firma del genitore: _____