



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"Giovanni Falcone"
VIA DIETRO LE MURA, 3 – 95021 ACICASTELLO
TEL. 095/274644 – FAX 095/274789
C.F. 81002670875 – C.M. CTIC81600V
Email ctic81600v@istruzione.it

Aci Castello, _____

I sottoscritti _____ genitori dell'alunno/a _____

_____ nato/a a _____ prov.() il _____

residente in via _____ città _____ prov.()

frequentante l' a.s. 2018/2019 la scuola :

INFANZIA _____ SEZ. _____ PLESSO _____

PRIMARIA _____ SEZ. _____ PLESSO _____

SECONDARIA DI 1° GRADO – CLASSE _____ SEZ. _____ PLESSO _____

DELEGANO

Il/la Sig./ra _____ nato/a a _____ il _____

Il/la Sig./ra _____ nato/a a _____ il _____

Il/la Sig./ra _____ nato/a a _____ il _____

a prelevare il/la proprio/a figlio/a all'uscita delle lezioni.

Si solleva la scuola da qualsiasi responsabilità, in ordine a danni a persone c/o a cose che possono verificarsi in ordine a detta delega.

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

P.S. allegare fotocopia documento di riconoscimento dei genitori/tutori/affidatari e del delegato.

Firma dei genitori/tutori/affidatari

Visto:

Il Dirigente Scolastico
Prof. Natalino Fraggetta