



ISTITUTO COMPRENSIVO N.1
Via Cavour, 2 - 32100 BELLUNO
C.F. 93049110252 – C.M. BLIC829003
Tel. 0437 25127-Fax 0437 298599
e-mail: blic829003@istruzione.it – blic829003@pec.istruzione.it

DELEGHE RITIRO ALUNNI IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico
Dell'istituto Comprensivo 1 Belluno

I sottoscritti _____ e _____
genitori dell'alunno/a _____ della classe/sez _____ Scuola

delegano

Le seguenti persone a ritirare il proprio/a figlio/a da scuola in orario scolastico (per malori – visite mediche –
emergenze varie)

N°	Cognome e Nome	Grado di parentela o conoscenza
1		
2		
3		
4		
5		

di cui si allega la fotocopia della carta di identità.

Belluno, ____/____/____

Il padre _____

La madre _____

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il genitore unico firmatario: _____

Il Dirigente Scolastico _____ PRENDE ATTO della presente autorizzazione

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Fatima PALAZZOLO

LA PRESENTE DELEGA È VALIDA PER L'INTERO CICLO DI STUDI.
CHI RITIRA L'ALUNNO DEVE SEMPRE FARSI RICONOSCERE DALL'INSEGNAANTE/COLLABORATORE
SCOLASTICO CHE IN QUEL MOMENTO CUSTODISCE L'ALUNNO.