



## IST. SCOL. COMPRENSIVO ASCOLI CENTRO -D'AZEGLIO

Ascoli Piceno - V. Malaspina, 2 - Tel. 0736 258416 Fax 0736 256339  
C.F. 92053550445 - Sito Web: [www.ascolicentro.it](http://www.ascolicentro.it) C.M. APIC83000G  
E-mail istituzionale: [apic83000g@istruzione.it](mailto:apic83000g@istruzione.it) E-mail Pec [apic83000g@pec.istruzione.it](mailto:apic83000g@pec.istruzione.it)

Alla Dirigente Scolastica

I sottoscritti .....genitori  
dell' alunno..... frequentante la  
classe/sezione ..... Plesso .....

### A U T O R I Z Z A N O

I signori

Nome e cognome	Grado di parentela	Firma del delegato	Estremi documento del

a riprendere .....i... propri.... figli.... da scuola al termine delle lezioni.

**Allega a tal fine fotocopia documento di riconoscimento di entrambi i genitori.**

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/richiesta 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.

Data.....

Firma dei genitori \_\_\_\_\_

Visto si autorizza

**LA DIRIGENTE SCOLASTICA**  
Prof.ssa VALENTINA BELLINI