



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 C.M. APIC83000G
E-mail istituzionale: apic83000g@istruzione.it E-mail Pec apic83000g@pec.istruzione.it

Alla Dirigente Scolastica

I sottoscrittigenitori
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 del documento

a riprenderei... 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