



ISTITUTO COMPRENSIVO CAPIZZI - CESARO'

Via Roma n. 10 - 98031 CAPIZZI - Tel. 0935.933022 - Fax 0935.934322
Cod. Fisc. 80012730836 - Cod.Mecc. MEIC813006 C.U. UFD6BO
e-mail: meic813006@istruzione.it PEC: meic813006@pec.istruzione.it

ATTO DI DELEGA PER IL RITIRO DELL'ALUNNO/A

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo di Capizzi - Cesarò

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente nel Comune di _____ in via _____ Tel. _____
e la sottoscritta _____ nata a _____ il _____,
residente nel Comune di _____ in via _____ Tel. _____,
genitori dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ o sez. _____
di scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di primo grado del Comune di _____,

DELEGANO

le seguenti persone di fiducia ad ACCOMPAGNARE e/o RITIRARE da scuola il/la proprio/a figlio/a:

1) Sig./ra _____ nato/a a _____ il _____
Estremi Documento identità _____
(allegare fotocopia del documento di identità)

2) Sig./ra _____ nato/a a _____ il _____
Estremi Documento identità _____
(allegare fotocopia del documento di identità)

DICHIARANO di sollevare da qualsiasi responsabilità conseguente la scuola stessa
SONO CONSAPEVOLI che la **responsabilità della scuola CESSA dal momento in cui il bambino viene affidato alla persona delegata.**

La presente delega vale fino al _____

N.B.: Il bambino può essere affidato solo a familiari **maggioresni** o, in ogni caso (ai sensi dell'art. 591 del Codice Penale) a persona delegata **con più di 14 anni di età.**

Data: _____

In fede

(Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale)

Firma della/e persona/e delegata/e