



Il/la sottoscritto/a _____

Genitore dell'alunno/a _____

Frequentante l'Istituto Beata Vergine – Scuola Infanzia Paritaria,

Sezione _____

impossibilitat_ a farlo personalmente

DELEGA

PER IL RITIRO DA SCUOLA DEL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

	NOME COGNOME	LUOGO DI NASCITA	DATA NASCITA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

- Dichiaro di sollevare la scuola da qualsiasi responsabilità conseguente
- Prendo atto che la responsabilità della scuola cessa dal momento in cui il/la proprio/a figlio/a viene affidato alla persona maggiorenne delegata

LA PRESENTE DELEGA HA VALORE PER L'INTERO ANNO SCOLASTICO

Si allegano le carte di identità

TRIESTE, lì __/__/20__

FIRMA DEI GENITORI

