

Ministero dell'Istruzione e del Merito – Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia
IC "ITALO CALVINO" – SCUOLA dell'INFANZIA, PRIMARIA e SECONDARIA DI I GRADO
Via Frigia, 4 - Tel.: 02 8844 8717 - Cod. mecc.: MIIC81900C - C.F.: 80127890152 - Codice Univoco: UFZLCE
Email: miic81900c@istruzione.it - Pec: miic81900c@pec.istruzione.it - Web: <https://www.icsitalocalvino.edu.it>

ATTO DI DELEGA

I sottoscritti GENITORI _____

doc. identità n. _____ del _____

doc. identità n. _____ del _____

abitanti a _____ in via _____

genitori dell'alunno _____

frequentante la scuola dell'Infanzia di Via _____ classe/sezione _____

Primaria di Via _____ classe / sezione _____

Secondaria di primo grado, via Frigia 4 - classe / sezione _____

DELEGANO

1) Il/La sig./ra _____ doc. identità _____

2) Il/La sig./ra _____ doc. identità _____

3) Il/La sig./ra _____ doc. identità _____

a ritirare il proprio figlio _____.

- **DICHIARANO di sollevare da qualsiasi responsabilità conseguente la scuola stessa.**
- **PRENDONO ATTO che la responsabilità della Scuola cessa dal momento in cui l'alunno viene affidato alla persona delegata.**
- **ALLEGANO AL PRESENTE ATTO LE FOTOCOPIE DEI DOCUMENTI DELLE PERSONE DELEGATE.**

La presente delega vale per tutto il periodo di frequenza dell'alunno presso ICCalvino fatta salva diversa successiva comunicazione scritta da parte dei genitori.

Firma per accettazione della persona delegata

1) _____ 2) _____ 3) _____

Milano, ____/____/____

Firma Genitore _____

Firma Genitore _____

(leggibile e per esteso)

Se impossibilitato a fornire la doppia firma, il genitore firmatario è tenuto a sottoscrivere anche la seguente l'autodichiarazione:

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.

Firma Genitore _____

Visto **IL DIRIGENTE SCOLASTICO**
Dott.ssa Simona Chiacchiari