Delega “occasionale”

Ministero dell’Istruzione
Istituto Comprensivo Statale Vinci e
Capraia e Limite
Via Caduti sul Lavoro, 2 – 4 - Sovigliana 50059
VINCI (FI) Tel: 0571/568138
Email FIIC868003@istruzione.itPEC
FIIC868003@pec.istruzione.it
C.F. 82004510481 - Cod. Mecc. FIIC868003

Alla Dirigente
dell’Istituto Comprensivo
di Vinci e
Capraia e Limite

La/il sottoscritto_____

Genitore dell’alunno_____nato/a_____il_____

Frequentante la classe_____sez._____della scuola dell’infanzia/primaria/secondaria di 1° grado_____

DICHIARA

CHE ALL’USCITA DELLA SCUOLA:

□ Autorizza a riprendere il proprio figlio/a il sig./ra_____

(con richiesta di fotocopia di un documento)

Vinci, li_____

Firma del docente _____ Firma del genitore _____

Delega “occasionale”

Ministero dell’Istruzione
Istituto Comprensivo Statale Vinci e
Capraia e Limite
Via Caduti sul Lavoro, 2- 4 - Sovigliana 50059
VINCI (FI) Tel: 0571/509619
Email FIIC868003@istruzione.itPEC
FIIC868003@pec.istruzione.it
C.F. 82004510481 - Cod. Mecc. FIIC868003

Alla Dirigente
dell’Istituto Comprensivo di Vinci
e Capraia e Limite

La/il sottoscritto_____

Genitore dell’alunno_____nato/a_____il_____

Frequentante la classe_____sez._____della scuola dell’infanzia/primaria/secondaria di 1° grado_____

DICHIARA

CHE ALL’USCITA DELLA SCUOLA:

□ Autorizza a riprendere il proprio figlio/a il sig./ra_____

(con richiesta di fotocopia di un documento)

Vinci,li_____

Firma del docente _____ Firma del genitore _____