



Scuola dell'Infanzia Paritaria Mater Orphanorum

Via Ciro Menotti, 160 – 20025 Legnano Tel. 0331 44 86 10 - fax: *0331448653*

Email: scuolainfanziamater@hotmail.com - Pec: sc.mater@legalmail.it

C.F.80034770158 - PIVA: 00408560704

ELENCO PERSONE DELEGATE AL RITIRO DEL MINORE

Scrivere in stampatello maiuscolo ben leggibile

Il/i Sottoscritto/i _____ e _____

genitori di _____

DICHIARA/NO

Che il/la proprio/a figlio/a può essere ritirato/a dalla scuola dell'Infanzia oltre che da sé stesso/i anche dalle persone sottoelencate e si impegna/no a tenere indenne e sollevata la Scuola dell'infanzia ed il suo personale direttivo ed operativo da qualsiasi azione o rimostranza che venisse avanzata da familiari o altri soggetti non compresi nell'elenco sotto riportato.

(allegare le fotocopie della carta d'identità delle persone delegate).

| Nome e Cognome | Data di Nascita | Grado di Parentela | N° Carta d'Identità | Recapito Telefonico |
|-----------------------|------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Data _____

Padre (leggibile) _____

Madre (leggibile) _____