

**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 – www.scuolainfanziamatrit

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) _____