

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
"CASTELLANA S. – POLIZZI G."
CASTELLANA SICULA

I sottoscritt_ _____ nat_ _____
a _____ il _____ e

_____ nat_ _____
a _____ il _____

Genitore/i

Tutore/i

dell'alunn_ _____ nat_ _____
a _____ il _____

frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola _____

DELEGANO

__ I __ signor_ _____ nat_ _____
a _____ il _____

__ I __ signor_ _____ nat_ _____
a _____ il _____

__ I __ signor_ _____ nat_ _____
a _____ il _____

a prelevare dalla scuola __ I __ propri_ figli_.

Tale documento ha validità per tutto il periodo di frequenza del/della propri_ figli_ presso
codesta Istituzione Scolastica. Sarà cura dei sottoscritti richiederne la revoca.

Allegano documenti di riconoscimento.

_____, ____/____/____

Firma _____

Firma _____