

Al Dirigente Scolastico
dell' Istituto Comprensivo " G.Garibaldi – G. Paolo II " – Salemi (TP)

I sottoscritti genitori :

1. _____
2. _____

dell'alunno/a _____
Nato/a a _____ il _____ residente a
_____ in via _____, n. _____
frequentante la classe _____ - Sez. _____ della scuola _____
" _____ " di _____

DICHIARANO

- di essere a conoscenza del regolamento d'uscita degli alunni dalla scuola;
- di essere consapevoli che, al di fuori dell'orario scolastico, la vigilanza ricade interamente sulla famiglia;
- di **essere impossibilitati a PRELEVARE in USCITA il proprio/a figlio/a .**

Pertanto, **indicano i nominativi dei soggetti DELEGATI AL PRELIEVO del/della**

proprio/a figlio/a :

	Cognome e Nome dei Delegati	Data Di nascita	Luogo di nascita	Tipologia di relazione (nonno/a-zio/a-conoscente, ecc.)
1				
2				

- di sollevare L'Amministrazione ed il personale scolastico da qualsiasi responsabilità derivante da fatti che dovessero accadere al di fuori dell'area di pertinenza della scuola al termine delle lezioni.-

Si allegano le fotocopie dei **documenti di riconoscimento dei genitori e dei soggetti delegati.**

Data _____

Firma di entrambi i genitori _____

VISTO :

_____ **SI AUTORIZZA**
_____ **NON SI AUTORIZZA**

Il Dirigente Scolastico
Prof. Salvino AMICO