**ISTITUTO COMPRENSIVO**
**SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SEC. PRIMO GRADO "EDMONDO CAVICCHI"**
Via Circonvallazione Levante, 61 – Pieve di Cento (BO)
Tel. 051 975001 - Fax 051 973203
https://iccavicchi.edu.it/
e-mail: boic80600n@istruzione.it
PEC: boic80600n@pec.istruzione.it

**Al Dirigente Scolastico I.C. Pieve di Cento**

**DELEGHE RITIRO ALUNNI**

I sottoscritti genitori /tutori (completare la tabella con tutti i dati richiesti)

| | **Cognome e Nome genitore/tutore** | **Luogo e data di nascita** | **N. documento identità** |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |

dell'alunno/a _____frequentante la classe _____ della Scuola (indicare il plesso) _____di _____

**COMUNICA** (indicare una delle seguenti opzioni)

☐ Di **non delegare** o autorizzare (oltre sé stessi), alcuna terza persona a ritirare il proprio figlio/a

☐ Il seguente elenco di persone, tutte **maggiorenni**, **delegate** dai sottoscritti, che durante l'anno potranno

Ritirare il proprio figlio/a

| **COGNOME E NOME Persona delegata** | **Grado di parentela o Persona di fiducia** | **N. Carta Identità** | **Firma del delegato** |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**N.B. IN CASO DI VARIAZIONI SI PREGA DI AGGIORNARE IL MODULO, DI RICOMPILARLO E RICONSEGNARLO.**
Si allega alla presente copia **documento di identità** di ogni persona delegata.

**Data, _____**

**Firma di entrambi i Genitori o di chi ne fa le veci**

_____