

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'Istituto Comprensivo "G.Mazzini – E- Fermi"
AVEZZANO

Il/La sottoscritto/a _____ genitore di _____
nata il _____ frequentante per _____ l'A.S.2020/2021
la classe ____ sez. ____ del Plesso di _____

AUTORIZZA

l___/L___ sottoindicat___ person___ a riprendere il/la propri___ figli___:

Sig. _____ (_____)

Sig. _____ (_____)

Sig. _____ (_____)

Sig. _____ (_____)

Si allega/no l___ fotocopie___ de___ relativ___ document___ di identità.

Il/La sottoscritto/a dichiara di assumersi ogni forma di responsabilità circa l'incolumità del/la figlio/a.

Data _____

(firma)

VISTO :

Si Concede

Non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

F.to Prof.ssa Fabiana IACOVITTI
(firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, c.2 D.L.vo n. 39/93)