

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

Il/La sottoscritto/a _____ genitore di _____
nat ____il_____ frequentante per l'**A.S.2024/2025**
la classe_____ sez. _____del Plesso di _____

AUTORIZZA

I___/L___sottoindicat___person___a riprendere il/la propri___figli___:

Sig. _____ (_____)
grado di parentela

Sig. _____ (_____)
grado di parentela

Sig _____ (_____)
grado di parentela

Sig. _____ (_____)
grado di parentela

Si allega:

- copia dei relativi documenti di identità.

Il/La sottoscritt _ dichiara di assumersi ogni forma di responsabilità circa
l'incolumità della/o propri_ figlia/o.

Data _____

(firma)

VISTO : Si Concede

Il Dirigente Scolastico
(Prof. ssa Fabiana IACOVITTI)