|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  SPEZZANO DELLA SILA - CELICO  Via B. Telesio, 2 – 87058 Spezzano della Sila #Tel. 0984/431638  C.F. 80004540789 *e-mail:* [***csic85500a@istruzione.it***](mailto:csic85500a@gmail.com)*www.ictelelsiospezzanosila.edu.it* |  |

MODULO PER RITIRO ALUNNO DA SCUOLA

|  |  |
| --- | --- |
| I SOTTOSCRITTI: |  |
|  |
| GENITORI DELL’ALUNNO/A: | |
| ISCRITTO/A ALLA CLASSE /SEZIONE: | |
| DEL PLESSO: | |

PER L’ A.S. 2023/2024

DICHIARANO CHE IN CASO DI IMPOSSIBITA’, NOSTRO/A FIGLIO/A VERRA’ RITITATO/A DA SCUOLA DALLE SEGUENTI PERSONE DELEGATE:

|  |  |
| --- | --- |
| COGNONE E NOME DELEGATO | N. DOCUMENTO IDENTITA’ |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* Allegare fotocopia documento identità dei delegati

In qualità di genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale, per gli alunni della scuola dell’infanzia e primaria, dichiaro di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316,337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

La compilazione del seguente avviene secondo le disposizioni previste dal DPR 28 dicembre 2000, n. 445, convertito in legge n.183 del 12 novembre 2011, art. 15.

**Firme di entrambi i genitori**

Padre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_