**COMUNICAZIONE AUTORIZZAZIONE PER PRELIEVO STUDENTE DA SCUOLA**

(da firmare ed allegare al form on line predisposto dalla scuola)

|  |  |
| --- | --- |
| I sottoscritti genitori (ovvero esercenti la potestà genitoriale) dell’alunno sotto indicato | |
| COGNOME PADRE |  |
| NOME PADRE |  |
| COGNOME MADRE |  |
| NOME MADRE |  |

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME ALUNNO |  |
| NOME ALUNNO |  |
| CLASSE |  |
| SEZIONE |  |
| INDIRIZZO |  |

AUTORIZZANO

Il soggetto sotto indicato a ritirare il proprio figlio da scuola, prima del termine delle lezioni, sollevando la scuola da ogni responsabilità.

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME SOGGETTO AUTORIZZATO |  |
| NOME SOGGETTO AUTORIZZATO |  |
| DATA DI NASCITA |  |
| GRADO DI PARENTELA |  |
| DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO |  |

Allega alla presente autorizzazione il documento di identità del soggetto autorizzato.

Salerno,

|  |  |
| --- | --- |
| FIRMA DEL PADRE  (ovvero esercente podestà genitoriale) | FIRMA DELLA MADRE  (ovvero esercente podestà genitoriale) |
|  |  |