



ISTITUTO COMPRENSIVO CAMBIANO

TOIC85600B

C.F. 90018760018

Viale Roma, 5 - CAMBIANO (TO)

TEL. 0119440236 FAX. 0119457126

Mail: TOIC85600B@ISTRUZIONE.IT - TOIC85600B@pec.istruzione.it

DELEGA

I sottoscritti genitori _____

autorizzano gli/le insegnanti a consegnare il/la proprio/a

figlio/a _____

durante l'orario di uscita alle seguenti persone:

COGNOME E NOME	TELEFONO

COGNOME E NOME GENITORI		TELEFONO
MAMMA		
PAPA'		

(segnare con una crocetta la tipologia della richiesta)

- ☐ in data odierna
☐ tutti i giorni
☐ nei seguenti giorni:

Cambiano, ____/____/____

Firma di entrambi i genitori

Allegare copia della propria carta d'identità e della persona incaricata