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