

**Scuola a Tempo Integrato**  
**DELEGA PERSONE AUTORIZZATE PER IL RITIRO DEL FIGLIO MINORE**

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
(nome e cognome di **entrambe** i genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale)

dichiarano che il/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_  
(nome e cognome del bambino/a)

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola Primaria \_\_\_\_\_

potrà essere ritirato a scuola dalle seguenti persone **maggioresni**, senza che per ciò sia necessario alcun preavviso o comunicazione di sorta, sollevando Idea Società Cooperativa Sociale da ogni responsabilità in merito (indicare per ogni persona il rapporto di parentela/conoscenza).

La presente delega ha validità fino a revoca da parte dei sottoscritti.

1) \_\_\_\_\_  
(nome e cognome, rapporto di parentela/conoscenza)

Numero di telefono \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_  
(nome e cognome, rapporto di parentela/conoscenza)

Numero di telefono \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_  
(nome e cognome, rapporto di parentela/conoscenza)

Numero di telefono \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_  
(nome e cognome, rapporto di parentela/conoscenza)

Numero di telefono \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_  
(nome e cognome, rapporto di parentela/conoscenza)

Numero di telefono \_\_\_\_\_

**Allegare alla presente la fotocopia di un documento di identità dei delegati. L'operatrice potrà richiedere visione del documento di identità del delegato al momento del ritiro del minore.**

Il presente modulo e le fotocopie dei documenti di identità devono essere consegnate all'operatrice del Tempo Integrato.

Data \_\_\_\_\_

Firma di entrambe i genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale:

\_\_\_\_\_