

ATTO DI DELEGA

A.S.D. ACCADEMIA S.S. LAZIO C5 — I.C. RAFFAELLO

I sottoscritti: _____ e _____

genitori dell'alunno/a: _____

iscritto/a all'I.C. Raffaello

Classe: _____ Sezione: _____

FREQUENTANTE IL SERVIZIO DI:

☐ PRE SCUOLA

☐ POST SCUOLA

☐ PRE & POST SCUOLA

DELEGANO le seguenti persone al ritiro del proprio figlio/a:

N.	NOME E COGNOME DELEGATO	TIPO E N. DOCUMENTO D'IDENTITÀ
1	Sig./Sig.ra _____	Doc. N. _____
2	Sig./Sig.ra _____	Doc. N. _____
3	Sig./Sig.ra _____	Doc. N. _____

DICHIARANO di sollevare da qualsiasi responsabilità civile e penale la **A.S.D. Accademia S.S. Lazio C5**.

PRENDONO ATTO che la responsabilità dell'Associazione cessa dal momento in cui l'alunno/a viene consegnato/a alla persona delegata. La durata della presente delega è valida per tutto il periodo di fruizione del servizio.

★ *Si allegano obbligatoriamente le fotocopie dei documenti di identità dei delegati.* ★

DATA

FIRMA DEI GENITORI (O DELL'ESERCENTE LA
RESPONSABILITÀ GENITORIALE)

Data: _____

FIRMA DELEGATO 1

FIRMA DELEGATO 2

FIRMA DELEGATO 3

