



Istituto paritario
S. Giuseppe del Caburlotto
00178 ROMA – Via Rabbello, 15
Tel. 06/718.8138 – 06/718.42.77 Fax. 06/718.21.10
e-mail: amministrazione@sangiuseppecab.it

DELEGA ECCEZIONALE

Roma, li _____

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a ___ a _____

Genitore dell'alunno/a _____

Iscritto/a alla Classe _____ della Scuola dell'Infanzia Primaria Secondaria di 1° grado

di codesto Istituto *San Giuseppe del Caburlotto* per l'A.S. _____ riconosciuto mediante il documento d'identità (del Delegante) _____

DELEGA ECCEZIONALMENTE

Il/La Signor/ra _____

Nato/a a _____

Documento d'identità (del Delegato) a prendere il giorno _____ alle ore _____

Il/la proprio/a figlio/a dalla Scuola sollevando la Direzione Scolastica da ogni responsabilità civile, penale e risarcitoria. Allega, inoltre, copia fotostatica del documento di riconoscimento del Delegato.

In fede

Firma del Genitore

La Coordinatrice delle
Attività Educative e Didattiche
