AL COMUNE DI MEDICINA
Servizi alla Persona
Via Pillio 1 - Medicina
Fax 051/6979321

OGGETTO: Servizio di trasporto scolastico. Richiesta aggiunta nominativi delegati al ritiro

IL/LA SOTTOSCRITTO/A ……..
(cognome e nome del **genitore** che presenta la domanda o del tutore)
nato a……. il ……..…….
residente a …… Via ……
cell …… tel. Casa ……..
indirizzo posta elettronica: ……**@**.....

Genitore dell' Alunno …….
nato a ……..…….. il ……..……

ISCRITTO/A PER L'A.S. 2017/2018 ALLA SCUOLA……..……

CLASSE …….…… SEZIONE……..□□ Tempo Prolungato □ Tempo Modulo

e fruitore del servizio di trasporto scolastico comunale precedentemente richiesto a Codesto Comune, con la presente

DICHIARA di autorizzare

anche a nome e per conto dell'altro genitore Cognome ……**Nome**…… o di altri soggetti cui la legge riconosce potestà sul minore i quali sono a conoscenza del contenuto della presente nota e ne condividono la sottoscrizione, in loro assenza, al ritiro del proprio figlio alla fermata e negli orari stabiliti, i seguenti adulti delegati esonerando quindi l'Amministrazione da qualsiasi responsabilità,

	nome e cognome	Data di nascita	grado o relazione di parentela	Indirizzo
1				
2				
3				
4				

i quali sono maggiorenni ed in grado di intendere e di volere**.**

Si precisa che i nominativi sopra indicati:

□ **Sono da integrare a quelli indicati nella domanda di iscrizione**

□ **Sostituiscono quelli indicati nella domanda di iscrizione**

Medicina li ……. Firma ……..

NOTA: ALLA DICHIARAZIONE OCCORRE ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'