



**ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE
GIOVANNI CABOTO**



SEDE Via G.B. Ghio, 2-4 SUCCURSALE C.so Millo, 9 16043 CHIAVARI (GE) Tel. (0185) 322108 - Fax (0185) 321425
SEDE ASSOCIATA P.zza San L. Murialdo, 3 16038 S. MARGHERITA LIGURE (GE) Tel. e Fax (0185) 287062
www.caboto.edu.it E-mail: geis01900V@istruzione.it geis01900V@pec.istruzione.it C.F. 90064240105 C.U. UFFVKKR

DELEGA PER IL RITIRO ALUNNO DA SCUOLA

I sottoscritti genitori dell'alunno/a _____
Frequentante la scuola IIS G. CABOTO sede di _____
Classe/sezione _____

Impossibilitati a farlo personalmente

DELEGANO

PER L'INTERO LE SEGUENTI PERSONE A PRELEVARE IL PROPRIO FIGLIO/A:

nome e cognome: _____

nome e cognome: _____

nome e cognome: _____

nome e cognome: _____

- Dichiarano di sollevare la scuola da qualsiasi responsabilità conseguente.
- Prendono atto che la responsabilità della scuola cessa dal momento in cui il/la proprio /a figlio/a viene affidato alla persona delegata.
- Si allega copia del documento del delegante e dei delegati.

Firma dei genitori

Chiavari lì, _____