

DELEGA AL RITIRO DEL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE

---

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo Statale G. Cesare

Alunno/a _____ (cognome e nome) Nato/a a _____ ( ) il _____ Frequentante la scuola _____ Classe _____ Sezione _____
---

**I sottoscritti genitori**

PADRE (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

MADRE (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

dell'alunno/a in oggetto

**DELEGANO**

il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

per l'opzione scelta in oggetto.

**Allegati obbligatori:**

Documento di identità dei genitori quali deleganti (fotocopia);

Documento di identità delle persone delegate (fotocopia).

Data, \_\_\_\_\_

Firma del genitore (delegante) \_\_\_\_\_ (cell. \_\_\_\_\_)

Firma del genitore (delegante) \_\_\_\_\_ (cell. \_\_\_\_\_)

**SE LA FIRMA SOVRASTANTE E' DI UN SOLO GENITORE COMPILARE E FIRMARE ANCHE LA PARTE SOTTOSTANTE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, conformemente alle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver rilasciato la predetta autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 *quater* del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

*Luogo e data,* \_\_\_\_\_

FIRMA DEL GENITORE \_\_\_\_\_

Firma della persona delegata \_\_\_\_\_ (cell. \_\_\_\_\_)