ARTU
ASSOCIAZIONE GENITORI APS

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a_____il_____,

residente in _____

genitore/tutore dell'alunno/a _____

nato/a_____ il _____

DELEGA

le seguenti persone (max 3 nominativi) a poter prelevare il/la proprio/a figlio/a dal servizio di postscuola gestito da *Artu Associazione Genitori APS*, scuola _____ , istituto comprensivo _____ :

Sig/Sig.ra _____

Sig/Sig.ra _____

Sig/Sig.ra _____

Si allegano fotocopie del documento di identità delle persone delegate.

Roma, _____

Firma

_____