

# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI CITTADELLA

Via A. Gabrielli, 32 – 35013 Cittadella (PD) – Tel. 049.597.04.42 – E-mail: pdic896004@istruzione.it

## MODULO INFORMATIVO E DELEGA AL RITIRO DEL FIGLIO

Valido per l'intero ciclo scolastico scuola secondaria di primo grado L.Pierobon

Alunno/a cognome e nome \_\_\_\_\_

Al termine delle lezioni l'alunno/a:

- è prelevato da un genitore,
- va a casa in pullman,
- viene a prenderlo altra persona maggiorenne delegata

cognome e nome \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_

cognome e nome \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_

va a casa da solo (*N.B. previa presentazione del modulo "Uscita autonoma"*)

**1. In caso di uscita anticipata** (malore dell'alunno, visite specialistiche,) i genitori autorizzano ad accompagnare a casa il/la proprio/a figlio/a le seguenti persone maggiorenni (specificare nome e cognome, *max 2 nominativi*) e allegare fotocopia documento identità delle persone delegate:

cognome e nome \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_

cognome e nome \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_

**2. In caso di urgenze si comunicano i seguenti recapiti telefonici:**

n° tel. casa \_\_\_\_\_

n° cellulare padre \_\_\_\_\_ / n° cellulare madre \_\_\_\_\_

n° tel. luogo di lavoro del padre \_\_\_\_\_

n° tel. luogo di lavoro della madre \_\_\_\_\_

n° tel. di zii, nonni.., (specificare) \_\_\_\_\_

**3.** I sottoscritti genitori autorizzano per l'intero ciclo scolastico la partecipazione del proprio/a figlio/a alle uscite in orario scolastico a piedi nell'ambito del territorio comunale programmate dagli insegnanti di classe nell'ambito del PTOF della scuola

**4.** I sottoscritti genitori autorizzano per l'intero ciclo scolastico il/la proprio/a figlio/a a partecipare ad attività sportive che saranno effettuate nel corrente anno scolastico e che prevedono la stretta vigilanza degli insegnanti accompagnatori

**5.** Si ricorda che la somministrazione in orario scolastico di farmaci va riservata soltanto ai farmaci prescritti a soggetti con patologie croniche o metaboliche (es.: diabete, epilessia, asma grave) e patologie gravi e invalidanti. Si invitano pertanto i genitori interessati a richiedere il modulo "Richiesta somministrazione farmaci" al Responsabile di Plesso e di consegnare le documentazioni (Modulo + Certificazione + Fotocopia documento di Identità dei Genitori) in segreteria.

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

Luogo \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Il padre: \_\_\_\_\_

La madre: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il genitore unico firmatario: \_\_\_\_\_