

NUMERI UTILI E PERSONE DI RIFERIMENTO IN CASO DI EMERGENZA

Istituto Comprensivo "D.P.Galliero" - TRIBANO
Via G.Deledda, 6
35020 – TRIBANO (PD)

I sottoscritti

(nome cognome) _____ (tel./cel) _____

(nome cognome) _____ (tel./cel) _____

genitori dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____
della Scuola Primaria/Secondaria di 1° grado di _____

CONSIDERATA L'EMERGENZA CONNESSA AL COVID 19

DELEGANO

le seguenti persone a **essere contattate e a ritirare il proprio figlio** in caso di malessere o febbre qualora impossibilitati personalmente

1. Nome _____
Telefono _____
2. Nome _____
Telefono _____

Data _____

Firma dei Genitori*

*Nel caso risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, colui il quale appone la propria firma in qualità di esercente la responsabilità genitoriale, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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.