

## 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/riciesta 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.