



FONDAZIONE SCUOLA MATERNA E MICRONIDO  
NOBILE GIULIETTA GAIFAMI TRECCANI

Sede: Via S. Scolastica n. 3 – Fr. Chiarini  
25018 MONTICHIARI (BS)

C.F. 85001770172 – P.IVA 00725890982

## AUTORIZZAZIONE AL RITIRO DEL PROPRIO FIGLIO

Io sottoscritto .....

carta identità n. ....

genitore dell'alunno .....

autorizzo il sig. ....

a ritirare mio figlio nel giorno ..... esonerando questo ente da ogni

responsabilità (le persone delegate al ritiro del minore devono essere **maggioresnni**).

Il presente modulo deve essere compilato dal genitore e consegnato all'insegnante, allegando un documento di riconoscimento della persona delegata.

DATA.....

FIRMA.....

Sede Scuola Materna e Micronido: Via S. Scolastica 3 – Tel. e Fax. 030/964913

DESTINAZIONE POSTA: SEGRETERIA VIA S. SCOLASTICA 3, 25018 MONTICHIARI (BS)

TEL. E FAX. 030/9650341

e-mail: [fond.gaifami@libero.it](mailto:fond.gaifami@libero.it) – sito: [www.scuolainfanziachiarini.it](http://www.scuolainfanziachiarini.it)

PEC: [scm.chiarini@coopmaternebs.postecert.it](mailto:scm.chiarini@coopmaternebs.postecert.it)