

**Al Dirigente Scolastico
Direzione Didattica
GE-MADDALENA**

Il/La sottoscritto/a
genitore dell'alunno/a
iscritto/a alla classe sez. della Scuola

A U T O R I Z Z A

Al ritiro del/la proprio/a figlio/a al termine delle lezioni, i Sigg.:

| Cognome e Nome | Parentela/Rapporto* | Autocertificazione maggiore età |
|-----------------------|----------------------------|--|
| | | <input type="checkbox"/> SI |
| | | <input type="checkbox"/> SI |
| | | <input type="checkbox"/> SI |
| | | <input type="checkbox"/> SI |
| | | <input type="checkbox"/> SI |

* Es.: Baby sitter, Collaboratrice familiare, ecc.

Genova,

FIRMA