

# CONVITTO PER SORDI DI ROMA

Vicolo del Casal Lumbroso, 129 – 00166 Roma Tel. 06-66180021 Fax. 06-66180297

[www.convittosordiroma.it](http://www.convittosordiroma.it)

8

## AUTORIZZAZIONE E DELEGA

Il/La sottoscritta \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

c.a.p. \_\_\_\_\_ tel. fisso \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

In qualità di madre/padre

Dichiara che il/la figli \_\_\_\_\_ può essere preso in consegna, oltre che dai genitori, esercenti la potestà genitoriale, anche dai signori \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel/cell. \_\_\_\_\_

valendo la presente quale formale atto di delega per ogni soggetto indicato.

Con la presente, inoltre, Il/La sottoscritt\_\_\_ dichiara che tutte le informazioni riguardanti il/la figli\_\_\_, sia di natura scolastica (compresa la consegna delle pagelle e/o di ogni altra valutazione) che di natura personale (sanitaria o altro) può essere rilasciata unicamente ai signori (specificare il grado di parentela) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firme \_\_\_\_\_