

I sottoscritti

_____ padre
_____ madre
_____ tutore

dell'alunno/a _____
nato/a a _____ il _____
Scuola _____ classe/sez. _____
Tempo ordinario//Tempo Pieno/Tempo prolungato _____
Recapiti Tel. _____

CONSEGNANO

- DOMANDA DI ISCRIZIONE
- CERTIFICATO MEDICO
- LEGGE 104
- DIAGNOSI FUNZIONALE
- ALTRO (specificare)

MOTIVAZIONE DELLA CONSEGNA

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

Pontecagnano Faiano _____

Firma dei genitori

PADRE _____
MADRE _____
TUTORE _____

PARTE DA COMPILARE NEL CASO DELLA PRESENTAZIONE DELLA CONSEGNA DA PARTE DI UN SOLO GENITORE

Il/la sottoscritto/a _____

ai sensi e per gli effetti del DPR 245/2000, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, dichiara (barrare la voce che interessa):

- di essere genitore unico
- di aver effettuato LA CONSEGNA 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.

Pontecagnano Faiano, _____/_____/_____

Firma del genitore richiedente

Padre _____ Madre _____ Tutore _____

(In caso di invio con posta elettronica allegare documento di identità in corso di validità)

N.B. LE CONSEGNE devono essere inviate via email firmate all'indirizzo di posta istituzionale saic88800v@istruzione.it saic88800v@pec.istruzione.it e solo in casi eccezionali consegnate presso l'ufficio di segreteria nel rispetto degli orari di apertura al pubblico