

## Scuola Primaria Paritaria S.M.MADDALENA

Via della Maddalena 4, 57126 Livorno (LI)

Tel:0586405686 cell:3892538450

[scuolamaddalenalivorno@gmail.com](mailto:scuolamaddalenalivorno@gmail.com)

Oggetto: **DELEGA/AUTORIZZAZIONE** Anno scolastico 20\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

La sottoscritta \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

**DELEGANO** le sotto elencate persone

al ritiro del proprio figlio/a \_\_\_\_\_ per tutto l'anno scolastico,  
sollevando la scuola da qualsiasi responsabilità in merito.

(Riferimento al punto 10 dell'informativa sulla privacy Reg.UE 679/16 già ricevuta all'atto dell'iscrizione)

Nome e Cognome	Rapporto o parentela

**La presente autorizzazione è valida per tutto il percorso scolastico ( cinque anni), fatta salva diversa disposizione dei genitori o di chi ne fa le veci, comunicata per iscritto.**

\_\_\_\_\_  
padre o chi ne fa le veci

\_\_\_\_\_  
madre o chi ne fa le veci