



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
ISTITUTO COMPRENSIVO "Anna MOLINARO"

Via Cassia Nuova, 1 – 01027 Montefiascone (VT)  
☎ 0761/826019 - ✉ vtic82800t@istruzione.it – vtic82800t@pec.istruzione.it  
C.M. : VTIC82800T - c.f. : 80022690566

## AUTORIZZAZIONI – DELEGHE – INFORMAZIONI SULL'ALUNNO a. s. 2020-2021

Gentili genitori,  
si richiede di compilare il presente modulo per acquisire tutte le informazioni che possano essere utili affinché suo figlio possa affrontare con serenità il prossimo anno scolastico e la scuola sia in grado di offrire alle famiglie tutti i servizi di cui hanno bisogno.

Il modulo compilato, salvato in formato PDF, va spedito tramite posta elettronica all'indirizzo: vtic82800t@istruzione.it

entro il 14 settembre 2020, unitamente alla altra documentazione necessaria, insieme alla copia di un documento di riconoscimento.

Il sottoscritto<sup>(padre)</sup> \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_,

la sottoscritta<sup>(madre)</sup> \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_,

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante nell'anno scolastico  
2020-2021 la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola: infanzia primaria secondaria di I grado,  
a conferma o variazione di quanto dichiarato/richiesto nell'a. s. precedente

### **DICHIARANO / RICHIEDONO / AUTORIZZANO, per il proprio figlio/a, quanto segue:**

- Dichiarano di essere a conoscenza che, fino a diversa comunicazione e/o integrazione da parte dei sottoscritti, quanto richiesto, dichiarato e autorizzato tramite il presente modulo sarà ritenuto valido per l'a.s. in corso e per l'intera durata di ogni ciclo scolastico: **SI**
- Dichiarano di aver letto e di accettare il patto educativo di corresponsabilità presente nel settore modulistica riservato alle famiglie sul sito dell'Istituto: **SI** **NO**
- Autorizzano il/la proprio/a figlio/a, per l'a. s. 2020-21 e per i seguenti, fino alla conclusione del ciclo scolastico, alla partecipazione a visite guidate e uscite didattiche organizzate dai docenti, da effettuarsi in orario scolastico, con l'utilizzo degli scuolabus comunali e/o a piedi: **SI** **NO**

Inoltre

dichiarano, al fine di prevenire e tutelare la salute del proprio figlio/a e fornire alla scuola adeguata e necessaria informazione, quanto segue in merito allo stato di salute dell'alunno/a:

l'alunno/a non soffre di allergie / intolleranze

l'alunno/a soffre delle seguenti allergie / intolleranze:

---

**per le quali si allega certificato medico**

- Dichiarano che l'alunno/a, per il tragitto casa-scuola e scuola-casa si avvale del servizio di scuolabus comunali:           SI           NO

- Dichiarano che la vigilanza del suddetto alunno al termine delle lezioni sarà assunta da:

Personalmente

Tramite le seguenti persone da noi delegate, e maggiorenni, delle quali si allega copia del documento di identità indicato:

Cognome	Nome	Data di nascita	Documento di identità	Numero documento di identità	scadenza

**In caso di delega al ritiro degli alunni allegare il file del documento di riconoscimento in corso di validità di tutte le persone delegate.**

Montefiascone, \_\_\_\_\_

**Firme dei genitori**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2, D.Lgs. 39/93.  
Ricordarsi di allegare copia del documento di identità

**N.B. allegare in ogni caso il file del documento di riconoscimento in corso di validità dei genitori firmatari.**