

sottoscritti

Padre _____
Madre _____
Tutore _____
dell'alunno/a _____
nato/a a _____ il _____
frequentante la Scuola _____ classe/sez. _____
Tempo ordinario//Tempo Pieno/ _____
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 rilascia 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 _____