

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE AL RITIRO ANNO SCOLASTICO _____

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
e residente a Trepuzzi in via/piazza/corso _____
tel. _____ email _____
C.F. _____
genitore dell'alunno/dell'alunna _____
nato/a a _____ il _____ e
residente a Trepuzzi in via/piazza/corso _____
C.F. _____
iscritto/iscritta _____ alla _____ scuola _____ dell'infanzia/primaria/secondaria _____ di _____ primo
grado _____ sita in questo Comune

AUTORIZZA

al ritiro di suo figlio/sua figlia le seguenti persone:

Cognome	Nome	Relazione di parentela

N.B: Allegare copia del documento d'identità del/della delegante e dei/delle delegati/e.

Il sottoscritto/la sottoscritta è informato/a che, ai sensi della normativa in materia di protezione dei dati (Regolamento UE n. 2016/679), Titolare del trattamento dei dati rilasciati per la partecipazione al presente avviso è il Comune di Trepuzzi. I dati personali acquisiti saranno utilizzati per le attività connesse al servizio richiesto, nel rispetto degli obblighi di legge.

Trepuzzi, _____

In fede
