Istituto Comprensivo 

**ENNIO MORRICONE**

SEDE CENTRALE: Via Belforte del Chienti, 24 – 00156 Roma - ☎ 06 41217716

Codice fiscale: 97712620588 – Cod. meccanografico: RMIC8EQ00G

<https://www.icbelfortedelchienti.edu.it>

✉[RMIC8EQ00G@istruzione.it](mailto:RMIC8EQ00G@istruzione.it)

pec: [RMIC8EQ00G@pec.istruzione.it](mailto:RMIC8EQ00G@pec.istruzione.it)

Al Dirigente Scolastico dell’IC Belforte del Chienti

**I SOTTOSCRITTI**

genitori dell’alunno/a classe sez Scuola Telefono

**CHIEDONO DI ISCRIVERE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A AL PROGETTO “SCUOLA APERTA IL POMERIGGIO, LA SERA E NEI WEEK END”**Rettangolo arrotondato

PRIMO MODULO dedicato alle classi III e IV, novembre 2024 - gennaio 2025Rettangolo arrotondato

SECONDO MODULO dedicato alle classi IV e V, gennaio 2025 - marzo 2025Rettangolo arrotondato

TERZO MODULO dedicato alle classi I e II, marzo 2025 - maggio 2025

**Lunedì 16:20/18:20 Laboratorio di cinema e storytelling “Corto in Cartella”**Rettangolo arrotondato

**Giovedì 16:20/18:20 Laboratorio comunicativo-espressivo “Arte e Mani”**Rettangolo arrotondatoRettangolo arrotondato

**Sabato 9:00/13:00 Laboratorio scientifico “Science Club”**

Luogo e data Firme dei genitori

(Nel caso in cui uno dei due genitori sia impossibilitato a firmare)

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome)

dichiara che, ai fini dell’applicazione dell’art. n. 317 del Codice Civile, l’altro genitore, in ogni caso posto a conoscenza della autorizzazione di cui sopra, non può firmare il consenso perché assente per:

Lontananza                  Impedimento                    Altro

Firma del genitore dichiarante

Istituto Comprensivo 

**ENNIO MORRICONE**

SEDE CENTRALE: Via Belforte del Chienti, 24 – 00156 Roma - ☎ 06 41217716

Codice fiscale: 97712620588 – Cod. meccanografico: RMIC8EQ00G

<https://www.icbelfortedelchienti.edu.it>

✉[RMIC8EQ00G@istruzione.it](mailto:RMIC8EQ00G@istruzione.it)

pec: [RMIC8EQ00G@pec.istruzione.it](mailto:RMIC8EQ00G@pec.istruzione.it)

**PROGETTO “SCUOLE APERTE IL POMERIGGIO, LA SERA E NEI WEEK END” – DELEGA PER RITIRO ALUNNI**

**I SOTTOSCRITTI**

genitori dell’alunno/a classe sez Scuola Telefono

**DELEGANO come Operatori del Progetto**

il/la signor/a **Silvia Palombo** nato/a ad Avezzano il 16/03/1979, documento di identità n. AV 8203126

rilasciato da Comune di Roma il 23/03/2015 scad. Il 16/03/2026 cell. 3881992817

il/la signor/a **Giuseppe Peronac**e nato/a a Catanzaro il 1/05/1983, documento di identità n. CA 75723GA

rilasciato da Comune di Ciampino il 7/02/2020 scad. Il 1/05/2030 cell. 3492602279

il/la signor/a **Filippo Santaniello** nato/a a Lugano il 9/06/1983, documento di identità n. CA 21829FE

rilasciato da Comune di Roma il 1/10/2019 scad. Il 9/06/2030 cell. 3481529489

il/la signor/a **Lina Bracaglia** nato/a a Ceprano il 24/03/1974, documento di identità n. CA 75887CY

rilasciato da Comune di Roma il 28/12/2018 scad. Il 24/03/2029 cell. 3881992817

a ritirare l’alunno/a in caso di necessità al termine delle attività didattiche.

La presente delega vale per tutte le date previste dal Progetto.

Luogo Data Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nel caso in cui uno dei due genitori sia impossibilitato a firmare)

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome)

dichiara che, ai fini dell’applicazione dell’art. n. 317 del Codice Civile, l’altro genitore, in ogni caso posto a conoscenza della autorizzazione di cui sopra, non può firmare il consenso perché assente per:

Lontananza                  Impedimento                    Altro

Firma del genitore dichiarante

**N.B. Si allega fotocopia del documento di identità della persona delegata e dei deleganti.**