



**CITTA' DI ALBANO LAZIALE**  
Provincia di Roma  
Sett. III Serv. I  
**SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA COMUNALE**  
Via F.lli Cervi, 24 00041 Albano Laziale  
Tel.06/9320908 - 06/93295413

A.S. 2021/2022

**DELEGA DI CONSEGNA DEL MINORE A TERZI**  
Dichiarazione di Responsabilità delle Famiglie  
(ai sensi D.P.R. 445/2000 art. 76)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Documento di Riconoscimento \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Documento di Riconoscimento \_\_\_\_\_

In qualità di padre/madre del minore \_\_\_\_\_ frequentante codesta Scuola nella Sezione \_\_\_\_\_ **chiede** di affidare il minore su indicato al termine dell'orario scolastico in via del tutto eccezionale alle persone di cui si specificano i dati identificativi

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Documento di Riconoscimento \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Documento di Riconoscimento \_\_\_\_\_

Nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ o in data \_\_\_\_\_

Per quanto sopra il/la sottoscritto/a si assume tutte le Responsabilità che ne possono derivare "dall'incauto affidamento" sotto qualsiasi profilo giuridico.

Albano Laziale Li, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del Genitore)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Genitore)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Delegato)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Delegato)

Il Responsabile del Servizio  
(A.S. Dott.ssa Raffaella Grosso)