

DELEGA RECIPROCA DI CIASCUN GENITORE ALL'ALTRO GENITORE

Il sottoscritto _____ nato a _____ in data _____

in qualità di genitore del minore _____

che frequenta la scuola/comunità infantile _____

sita in Torino, via/p.za _____ n° _____ nella sezione/classe _____

a seguito dell'attivazione della procedura, ai sensi della DGR 50-7641/2014, per la gestione dei bisogni speciali del minore in orario scolastico,

*delega l'altro genitore, Sig./Sig.ra _____
ad assumere tutte le decisioni e a svolgere tutte le attività di competenza e responsabilità genitoriale, necessarie e richieste durante l'intero percorso di presa in carico del minore in orario scolastico, concordato tra Istituzioni Scolastiche/Educative e ASL Città di Torino, per l'anno scolastico in corso. A tal fine allega copia del proprio documento di identità n. _____ in corso di validità.*

FIRMA GENITORE 1

DATA, _____

Il sottoscritto _____ nato a _____ in data _____

in qualità di genitore del minore _____

che frequenta la scuola/comunità infantile _____

sita in Torino, via/p.za _____ n° _____ nella sezione/classe _____

a seguito dell'attivazione della procedura, ai sensi della DGR 50-7641/2014, per la gestione dei bisogni speciali del minore in orario scolastico,

*delega l'altro genitore, Sig./Sig.ra _____
ad assumere tutte le decisioni e a svolgere tutte le attività di competenza e responsabilità genitoriale, necessarie e richieste durante l'intero percorso di presa in carico del minore in orario scolastico, concordato tra Istituzioni Scolastiche/Educative e ASL Città di Torino, per l'anno scolastico in corso. A tal fine allega copia del proprio documento di identità n. _____ in corso di validità.*

FIRMA GENITORE 2

DATA, _____