



COMUNE DI CERTALDO

Città Metropolitana di Firenze

(Ufficio P.I. e Sport)

TRASPORTO SCOLASTICO

Al Responsabile del Settore Servizi
alla Persona

IL SOTTOSCRITTO _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N. _____

TEL. _____

GENITORE DELL'ALUNNO: _____

FREQUENTANTE LA SCUOLA: _____ CL. _____ SEZ. _____ TP() MODULI() 30 ore()

DELEGA

PER L'ANNO SCOLASTICO _____ / _____ I SIG/RI:

| NOME E COGNOME DEI DELEGATI | FIRMA DEI DELEGATI |
|-----------------------------|--------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

**A RITIRARE IL/LA PROPRIO FIGLIO/A ALLA FERMATA DELLO SCUOLABUS
IN ASSENZA DEI GENITORI.**

CERTALDO LI' _____

DATA

FIRMA DEL GENITORE

FIRMA DEL GENITORE