

Data \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di

Genitore/tutore del bambino/a \_\_\_\_\_

**delega**

il/la Sig/ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

N. documento \_\_\_\_\_

al ritiro del/la bambino/a al termine della terapia.

**e**

il/la Sig/ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

N. documento \_\_\_\_\_

al ritiro del/la bambino/a al termine della terapia.

**e**

il/la Sig/ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

N. documento \_\_\_\_\_

al ritiro del/la bambino/a al termine della terapia.

**Si allega documento di riconoscimento sia del genitore/tutore che di tutti i delegati.**

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_