



**LICEO SCIENTIFICO STATALE "CARLO LIVI"**

**Via Marini n. 9 – 59100 Prato  
Tel. 0574/42166 – Fax 0574/607065  
e-mail pops030006@istruzione.it**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DEL LICEO SCIENTIFICO "C. LIVI"  
PRATO**

**Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Genitore/Tutore  
esercente la patria potestà dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
Iscritto/a per l'anno scolastico \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_**

**DELEGA**

Le persone sotto indicate a riprendere anticipatamente il/la proprio/a figlio/a minore in caso di proprio impedimento:

NOME E COGNOME

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**I delegati dovranno essere muniti di documento di riconoscimento.**

**La presente delega ha validità per il quinquennio, in caso di variazione si prega di darne tempestiva comunicazione.**

Prato \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_