



Associazione Empatia aps
Via Vittorio Veneto 18, 12030 Ruffia (CN)
C.F. 94048790045
tel. 346.3973739
mail: ass.empatia.aps@gmail.com

DELEGA AL RITIRO DI MINORE

Dal Centro di _____

Nome e Cognome del minore: _____

DATI DEL GENITORE/TUTORE DELEGANTE

Il/La sottoscritto/a:

Nome e Cognome: _____

Nato/a a: _____ il _____

Residente in: _____

Via/Piazza: _____ n. _____

Documento di identità: _____ n. _____

in qualità di:

☐ Genitore esercente la responsabilità genitoriale

☐ Tutore legale

☐ Affidatario

con la presente

DELEGA

il/La Sig./Sig.ra

Nome e Cognome: _____

Nato/a a: _____ il _____

Residente in: _____

Via/Piazza: _____ n. _____

Documento di identità: _____ n. _____

Recapito telefonico: _____



Associazione Empatia aps
Via Vittorio Veneto 18, 12030 Ruffia (CN)
C.F. 94048790045
tel. 346.3973739
mail: ass.empatia.aps@gmail.com

a ritirare il/la suddetto/a minore all'uscita dal Centro di..... per il seguente periodo:

☐ Dal _____ al _____

oppure

☐ Per l'intera durata della frequenza al Centro.

Il/La sottoscritto/a dichiara di assumersi ogni responsabilità conseguente all'affidamento del minore alla persona delegata al momento della consegna da parte del personale del Centro.

Dichiara inoltre che la persona delegata è maggiorenne e idonea a svolgere tale incarico.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati personali contenuti nella presente delega sono forniti esclusivamente per le finalità connesse alla gestione del servizio educativo e saranno trattati nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, in particolare del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale applicabile.

Si allega copia del documento di identità della persona delegata.

Luogo: _____

Data: _____

Firma del genitore/tutore delegante

Firma della persona delegata (per accettazione)
