



DIREZIONE DIDATTICA STATALE DI BORGO SAN LORENZO (FI)

Via Leonardo da Vinci, 1 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI) - Tel. e Fax. 055/8459096

ANNO SCOLASTICO _____ / _____

Si prega di voler restituire agli Insegnanti il presente modulo debitamente compilato.

Alunn _____

Indirizzo _____ Comune _____

N° tel. Abitazione _____ Cell Padre _____ Cell Madre _____

della SCUOLA _____ classe _____ Sez. _____

Eventuale recapito telefonico del luogo di lavoro dei GENITORI

	COGNOME	NOME	TELEFONO	DITTA O ENTE
PADRE				
MADRE				

Altri possibili recapiti telefonici per comunicazioni urgenti:

COGNOME	NOME	TELEFONO	GRADO PARENTELA	LUOGO (Abit. Lavoro)

Data _____

FIRMA DEI GENITORI

N.B.: La presente dichiarazione deve essere riconsegnata al più presto agli insegnanti della Scuola (**GLI INSEGNANTI DOVRANNO A LORO VOLTA CONSEGNARE IL PRESENTE MODULO AL PERSONALE DI CUSTODIA**).

_____ sottoscritt_ dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nel presente modello esclusivamente nell'ambito e per fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Legge 31.12.1998 n.675 "Tutela della privacy" - art.27)

Data _____

Firma _____