

ATTO DI DELEGA PER LA SCELTA O CAMBIO DEL PLS/MMG PER MINORI

I sottoscritti

Cognome e Nome _____ nato/a _____ il _____
residente in via _____ CAP _____ Città _____
Codice Fiscale _____
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il _____

Cognome e Nome _____ nato/a _____ il _____
residente in via _____ CAP _____ Città _____
Codice Fiscale _____
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il _____

in qualità di genitori del minore:

COGNOME E NOME _____
nato/a _____ il _____
residente in via _____ CAP _____
Città _____
Codice Fiscale _____

DELEGANO

il/la sig./sig.ra _____ nato/a _____ il _____
residente in via _____ CAP _____ Città _____
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il _____
a (indicare il tipo di operazione per cui si effettua la delega) _____

Data, _____

Firma dei genitori deleganti _____

In caso di firma di un solo genitore, quest'ultimo, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di effettuare la richiesta di comune accordo con l'altro genitore in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale ovvero in conformità a disposizione di legge o a provvedimenti dell'autorità giudiziaria (art. 316, 337 ter, 337 quater del codice civile)¹

Allegare fotocopia del documento di identità dei genitori e del delegato

¹*Ai sensi della normativa vigente, la richiesta è effettuata, nell'esercizio della responsabilità genitoriale, congiuntamente da entrambi i genitori salvo che ricorrano le seguenti fattispecie: unico genitore che ha riconosciuto il minore; impedimento o lontananza di uno dei genitori che renda impossibile l'esercizio della responsabilità genitoriale; affidamento superesclusivo ad uno dei genitori