

**AUTORIZZAZIONE IN CASO DI EMERGENZA e DELEGHE PER L'USCITA**

Il/la sottoscritto/ a \_\_\_\_\_ genitore di  
\_\_\_\_\_ AUTORIZZA il personale della Trieste Campus S.r.l.

e delle SSD e ASD coinvolte nel Centro Estivo Trieste Campus a rivolgersi ai servizi sanitari di soccorso qualora si verificassero condizioni di estrema urgenza e pericolo per la salute del/la bambino/a e non fosse possibile far intervenire in tempi adeguatamente brevi i genitori.

Ed

AUTORIZZANO le seguenti persone a venire a prendere il/la proprio/a figlio/a al Centro Estivo di Trieste Campus:

1. Nome e Cognome \_\_\_\_\_ documento di  
identificazione \_\_\_\_\_ numero di telefono \_\_\_\_\_

2. Nome e Cognome \_\_\_\_\_ documento di  
identificazione \_\_\_\_\_ numero di telefono \_\_\_\_\_

3. Nome e Cognome \_\_\_\_\_ documento di  
identificazione \_\_\_\_\_ numero di telefono \_\_\_\_\_

I DOCUMENTI DEI DELEGATI DEVONO ESSERE CONSEGNATI UNITAMENTE A QUESTO MODULO SETTE GIORNI PRIMA. NON VERRANNO PRESI IN CONSIDERAZIONE MODULI INCOMPLETI O DOCUMENTI NON LEGGIBILI.

Il/la sottoscritto/a dichiara di agire in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale sul minore e si assume ogni responsabilità derivante dalla mancata sottoscrizione del presente documento da parte dell'altro genitore. A tal fine, dichiara sotto la propria responsabilità che l'altro genitore è stato informato e non ha espresso dissenso, ovvero che ricorrono le condizioni per procedere in autonomia ai sensi della normativa vigente. Il/la sottoscritto/a si impegna a manlevare e tenere indenne l'organizzazione da qualsiasi contestazione, pretesa o azione derivante dalla mancata firma dell'altro genitore.

Data e firma

\_\_\_\_\_