



## **AUTORIZZAZIONE USCITA AUTONOMA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in qualità di genitore di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ dichiaro di essere impossibilitato a garantire la presenza di un genitore (*o altro maggiorenne delegato*) all'uscita dallo studio assistito pertanto valutato l'adeguato livello di autonomia personale del/la proprio/a figlio/a, mi impegno a dare chiare istruzioni e autorizzo il minore affinché rientri direttamente al domicilio familiare.

Mi impegno ad informare tempestivamente i volontari qualora le condizioni di sicurezza vadano a modificarsi o siano venute meno le condizioni che possano consentire l'uscita dallo studio assistito del minore senza accompagnatori.

Piovascso, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

*Per accettazione*

Il volontario

\_\_\_\_\_

Il Presidente

Baldari Matteo

\_\_\_\_\_