**Allegato 1 (da restituire entro lunedì 26/04/2021)**

**Adesione all'applicazione**

Al Dirigente dell’Istituto Comprensivo Statale di Germignaga

Il/la sottoscritto/a

Cognome ............................................................................................................................................................

Nome .................................................................................................................................................................

Barrare la casella corrispondente ***(cliccare sul quadratino)***

☐ Padre

☐ Madre

☐ Tutore

Indirizzo e-mail ....................................................................................................................................................

al fine di utilizzare l’applicazione Pago In Rete, chiede di associare il proprio nominativo ai sottoindicati figli:

**Cognome e Nome** del **primo** figlio studente presso l’Istituto

..........................................................................C.F…………………….... ……………….Classe .................

Sezione ...................... scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cognome e Nome** del **secondo** figlio studente presso l’Istituto

............................................................................C.F........................................................... Classe .................

Sezione ...................... scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cognome e Nome** del **terzo** figlio studente presso l’Istituto

..............................................................................C.F………………….......................... Classe .....................

Sezione ...................... scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cognome e Nome** del **primo** figlio studente presso l’Istituto

..........................................................................C.F…………………….... ……………….Classe ....

Sezione ...................... scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiarazione di adesione al progetto Pago In Rete** Con la presente adesione il/la sottoscritto/a autorizza **l’Istituto Comprensivo Statale di Germignaga –– email: vaic82000e@istruzione.it** - ad associare il Suo nominativo al nominativo dell’alunno/degli alunni sopraindicati al fine di utilizzare l'applicazione Pago In Rete per effettuare pagamenti destinati alla scuola.

Luogo e data Firma padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

...................................................... . Firma madre .........................................................

* **da firmare da parte di entrambi i genitori**