



DICHIARAZIONE DELL'ESERCENTE PATRIA POTESTÀ

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____,
il _____, C.F. _____,
residente a _____, Piazza/Via _____
numero documento di identità _____, recapito/i
telefonico/iⁱ _____/_____, in qualità di esercente la patria
potestà sul minore _____, nato/a a
_____, il _____ dichiara di essere consapevole che:

1. suo/a figlio/a raggiungerà, in data _____, il Centro Linguistico di Ateneo di Sapienza Università di Roma, sito in Circ.ne Tiburtina 4, 00185 (Roma) per ivi svolgere l'esame per il rilascio della certificazione di lingua inglese Cambridge ESOL;
2. suo/a figlio/a uscirà in autonomia dai locali del Centro Linguistico di Ateneo di Sapienza che ospitano le attività sopra menzionate.

Luogo _____

Data _____

Firma

Allega documento di identità in corso di validità.

ⁱ Si prega di inserire uno o due numeri telefonici e di assicurare la reperibilità