

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO DI ISTRUZIONE
SUPERIORE "GUIDO GALLI"**

__ L __ SOTTOSCRITT __ _____ ,
NAT __ A _____ IL _____ ,
RESIDENTE _____ ,

DELEGA

__ L __ _____ ,
NAT __ A _____ IL _____ ,
RESIDENTE _____ , AL
RITIRO DEL **DIPLOMA** CONSEGUITO AL TERMINE DEGLI STUDI DI ISTRUZIONE SUPERIORE PER IL CORSO
DI _____ NELL'ANNO SCOLASTICO 2016/2017 E
TUTTA LA **DOCUMENTAZIONE SCOLASTICA RELATIVA** SOLLEVANDO CODESTA AMMINISTRAZIONE DA
OGNI EVENTUALE RESPONSABILITÀ IN CASO DI SMARRIMENTO E/O DISTRUZIONE, ANCHE
INVOLONTARIA, DELLA PERGAMENA STESSA.

**A TAL FINE ALLEGA COPIA FOTOSTATICA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DI SEGUITO
RIPORTATO:** _____

LO SCRIVENTE È A CONOSCENZA CHE I DATI FORNITI VERRANNO UTILIZZATI PER I SOLI FINI
ISTITUZIONALI PREVISTI E NE AUTORIZZA IL TRATTAMENTO.

_____, _____
(LUOGO) (DATA)

IN FEDE

N.B. Il delegato deve essere munito di documento di riconoscimento