

DELEGA AL RITIRO DI DIPLOMA DI MATURITA' / LICENZE MEDIA

AL Coordinatore delle Attività Didattiche ed Educative
I.T.I BILL GATES

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ il _____ residente a
_____, Via/Piazza _____ n. _____

Con Numero di Documento _____ Comune di rilascio _____

recapito telefonico n. _____

nell'anno scolastico _____ / _____, essendo impossibilitato/a al ritiro diretto,

DELEGA

il /la Sig./Sig.ra _____ nato/a _____

il _____ e residente a _____, in Via _____

_____ n. _____ al ritiro del **DIPLOMA DI MATURITA'** **LICENZA MEDIA**

assumendosi la responsabilità per la consegna a terzi, anche se delegati, e sollevando codesta amministrazione da ogni eventuale responsabilità in caso di smarrimento e/o distruzione, anche involontaria, della pergamena stessa.

Lo scrivente è a conoscenza che i dati forniti verranno utilizzati per i soli fini istituzionali previsti e ne autorizza il trattamento.

(data)

(firma)

DA PARTE DELLA SEGRETERIA – VERIFICA DI IDENTITA'

Documento del/la delegato/a:

Documento: _____ n. _____

rilasciato il _____ da _____