Al Dirigente Scolastico Dell’I.C. Castelsardo - Osilo

# ATTO DI DELEGA PER IL RITIRO DEL DIPLOMA DI LICENZA MEDIA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A NATO/A A IL

RESIDENTE A IN VIA N°

IN QUALITA’ DI GENITORE DELL’ALUNNO NOME E COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CHE HA CONSEGUITO LA LIENZA MEDIA

NELL’ANNO SCOLASTICO

# DELEGA

## IL/LA SIG: (RELAZIONE DI PARENTELA )

NATO/A A IL

## RESIDENTE A IN VIA N.

AD EFFETTUARE LA SEGUENTE OPERAZIONE: **RITIRO DEL DIPLOMA DI LICENZA DI SCUOLA MEDIA.**

* SONO INFORMATO E AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS. 2018/101 E DEL GDPR (REGOLAMENTO UE 2016/679).
* **ALLEGA COPIA DEI DOCUMENTI DI IDENTITA’ DEL DELEGATO E DEL DELEGANTE**

## IL SOTTOSCRITTO ATTESTA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’ CHE LE SUDDETTE DICHIARAZIONI SONO STATE RESE AI SENSI DELL’ART. 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445 ED È CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI IN CASO DI DICHIARAZIONI FALSE.

**LUOGO E DATA FIRMA DEL DELEGANTE**

## FIRMA DEL DELEGATO