

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DI CANDIDATURA

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il ____/____/____

dichiara di accettare la candidatura per la elezione di N. _____ rappresentanti

- ☐ degli studenti
- ☐ dei genitori

in seno al seguente organo collegiale:

- ☐ Consiglio di Istituto
- ☐ Consulta Provinciale degli Studenti
- ☐ Parlamento Regionale degli Studenti

Il sottoscritto dichiara, altresì, di non avere accettato la candidatura in altre liste concorrenti per elezioni dello stesso organo collegiale, né di aver presentato la candidatura di altra persona.

Il sottoscritto allega alla presente dichiarazione il proprio documento di identità.

Data _____

IL DICHIARANTE

Firma _____

Domicilio _____

Si attesta che la suesesa firma del Sig. _____

è stata apposta in mia presenza ed è quindi autentica.

Firenze, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(o suo delegato)