

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DI CANDIDATURA

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il ____/____/____ nella sua
qualifica di:

- ☐ Docente in servizio presso l'istituto;
☐ Non docente in servizio presso l'istituto;
☐ Genitore/Tutore dell'alunno;

dichiara di accettare la candidatura per la elezione di rappresentante della propria
componente in seno al **Consiglio di Istituto** dell'Istituto Comprensivo Statale "E. Galvaligi",
che si svolgeranno **domenica 21 e lunedì 22 novembre 2021**, nella lista contraddistinta dal
motto_____.

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.

Data _____

IL DICHIARANTE

Firma _____

Domicilio _____

Si attesta che la su estesa firma del Sig. _____

_____ è stata apposta in mia presenza o in presenza del docente
collaboratore a ciò delegato ed è quindi autentica.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

