**CONSULTA STUDENTESCA DI ROMA**

**SURROGHE o ELEZIONI SUPPPLETIVE a.s. 2024-2025**

*[inviare il presente Modulo all’indirizzo e-mail* *drla.consultastudenti@istruzione.it****in formato pdf, compilato in tutte le sue parti DIGITALMENTE, firmato dal Dirigente scolastico e protocollato****]*

**Anagrafica Istituzione scolastica**  🗌 Statale 🗌 Paritaria [*barrare la casella opportuna*]

|  |  |
| --- | --- |
| DISTRETTO:  | DENOMINAZIONE SCUOLA: |
|  |  |
| INDIRIZZO: | CODICE MECCANOGRAFICO: |
|  |  |
| TELEFONO: | INDIRIZZO E-MAIL: |
|  |  |

**Dati elezioni suppletive** *(lasciare in bianco qualora si fosse proceduto con surroga)*

|  |  |
| --- | --- |
| N. COMPLESSIVO DEGLI STUDENTI DELL’ISTITUTO: | N. COMPLESSIVO DEI VOTANTI: |
|  |  |
| RIFERIMENTI DECRETO DI NOMINA DEGLI ELETTI:[*data e n. protocollo*] | SEGNALAZIONE DI MANCATA ELEZIONE:*[indicarne le ragioni]* |
|  |  |

**SEZIONE 1:**

**1.Nominativo dello Studente Rappresentante decaduto dalla carica**:

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**1.****Rappresentante in surroga o eletto con elezioni suppletive:**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME:  | COGNOME: |
|  |  |
| LUOGO DI NASCITA: | DATA DI NASCITA: |
|  |  |
| ESTREMI DEL DOCUMENTO: [*tipologia e numero*] | INDIRIZZO E-MAIL: **\*\***  |
|  |  |
| COMMISSIONE TEMATICA SCELTA: *(da compilare obbligatoriamente)* |

**\*\***in caso di studente minore, l’indirizzo e-mail per le attività della Consulta Studentesca deve essere autorizzato dalla

Famiglia per l’utilizzo;

**SEZIONE 2:** *(lasciare in bianco qualora non fosse necessaria la compilazione)*

**2.Nominativo dello Studente Rappresentante decaduto dalla carica**:

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**2. Rappresentante in surroga o eletto con elezioni suppletive:**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME:  | COGNOME: |
|  |  |
| LUOGO DI NASCITA: | DATA DI NASCITA: |
|  |  |
| ESTREMI DEL DOCUMENTO: [*tipologia e numero]* | INDIRIZZO E-MAIL: **\*\***  |
|  |  |
| COMMISSIONE TEMATICA SCELTA: *(da compilare obbligatoriamente)* |

**\*\***in caso di studente minore, l’indirizzo e-mail per le attività della Consulta Studentesca deve essere autorizzato dalla

Famiglia per l’utilizzo;

**SEZIONE 3**

**Docente Referente di Istituto per la Consulta Studentesca a.s. 2024-2025**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME:  | COGNOME: |
|  |  |
| DA QUANTI ANNI SVOLGE L’INCARICO? | INDIRIZZO E-MAIL**\*\***  |
|  |  |

 Timbro della scuola

Data, ○ Il Dirigente Scolastico