



MODULO RICHIESTA DIPLOMA ORIGINALE

APPLICARE
MARCA DA BOLLO
16 €

Il/la sottoscritt_ (cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____

Chiede il rilascio del diploma originale di Scuola di Specializzazione conseguito in data _____

In _____

Con votazione ____/____ e ____

Per eventuali comunicazioni:

E – MAIL _____ @ _____ CELL _____ / _____

Dichiara altresì di essere a conoscenza del fatto che il diploma originale di studio riporterà esattamente i dati anagrafici indicati nel presente modulo di richiesta.

CONTROLLO DATI ANAGRAFICI

Il/la sottoscritt_ (cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ (Prov. _____) Il _____

Residente in _____ (Prov. _____) via _____

N° _____ Cap _____ Tel _____ Cell _____ E-mail _____

Roma, _____

Firma _____

(Se spedita, alla richiesta deve essere allegata fotocopia del documento di riconoscimento)

=====

PARTE RISERVATA ALLA SEGRETERIA

Identificato mediante:

Carta d'identità /Passaporto /Patente n° _____ rilasciata ____ da _____

L'Addetto allo Sportello
