



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

AREA FORMAZIONE, CULTURA E SERVIZI AGLI STUDENTI
SERVIZIO SPECIALE SEGRETERIE STUDENTI (SSP10)
UNITÀ OPERATIVA RILASCIO TITOLI ACCADEMICI (U.O.B. 89)

**Ai Magnifico Rettore
Università degli studi di Palermo
Piazza Marina, 61
90133 Palermo**

Si richiede, alla M.V., il rilascio del Diploma di Abilitazione alla professione di _____
_____ conseguita nella _____ sessione dell'anno _____.

DATI DEL RICHIEDENTE

MATRICOLA:		C.F. :	
COGNOME:		NOME:	
DATI RELATIVI ALLA NASCITA:			
DATA: ____/____/____	LUOGO:	PROV.	
DATI RELATIVI ALLA RESIDENZA:			
LUOGO:	PROV.:	CAP:	
INDIRIZZO:			
@	_____ @ _____		
(STAMPATELLO MAIUSCOLO)			

Richiesto il ____/____/____

_____ Firma

Riservato all'Ufficio

Visti gli atti d'ufficio, si attesta che il /la dott. _____ ha regolarmente sostenuto e superato i prescritti esami di stato relativi alla sessione _____ dell'anno _____ per l'abilitazione:

Sezione	Settore	Professione

Risulta altresì che:

- Non ha mai ritirato il certificato di abilitazione sostitutivo in bollo
- Ha ritirato il certificato di abilitazione sostitutivo in bollo e deve provvedere alla sua riconsegna
- E' in regola con il pagamento di quanto dovuto
- Provvede a regolarizzare il pagamento di quanto dovuto.

Soddisfatte le condizioni necessarie alla iscrizione ai ruoli dei gradi accademici, si autorizza la stampa del relativo diploma.

Palermo, ____/____/____

_____ Firma