

Il/La sottoscritt _____ nat _____
a _____ (Prov. _____) il
_____/_____/_____ e residente a _____ (Prov. _____)
in Via/Piazza _____ (C.A.P. _____)

delega

il Sig. / la Sig.ra _____ nat _____
a _____ (Prov. _____) il
_____/_____/_____ e residente a _____ (Prov. _____)
in Via/Piazza _____ (C.A.P. _____)

a ritirare il proprio

- Diploma di laurea (V. O. – Triennale – Specialistica – Magistrale) o Diploma Universitario (D.U.) in _____ conseguito il ____/____/____
- Diploma di Specializzazione post lauream in _____ conseguito il ____/____/____
- Diploma di Abilitazione alla professione di _____ conseguito nella _____ sessione dell'anno _____
- Diploma di Dottorato di Ricerca in _____ Ciclo _____ conseguito il ____/____/____
- Diploma del Master in _____ Livello _____ - A. A. ____/____/____ conseguito il ____/____/____
- Diploma di Scuola Media Superiore o certificato sostitutivo del diploma (**solo per i laureati o specializzati che lo abbiano depositato all'atto dell'immatricolazione ai rispettivi corsi di studio se trasmesso dalla competente segreteria studenti alla notifica del conseguimento del titolo universitario**).

sollevando la U.O. Rilascio titoli accademici da ogni responsabilità in caso di smarrimento o distruzione, anche involontaria del diploma così ritirato. **Allega alla presente fotocopia della propria Carta d'Identità in corso di validità.**

Sottoscritta il ____/____/____

_____ firma del delegante

RISERVATO ALL'UFFICIO		
N° Reg. _____	<input type="checkbox"/> Carta d'Identità	Documento n° _____
	<input type="checkbox"/> Patente	
Anno _____	<input type="checkbox"/> Passaporto	Rilasciato da _____
	<input type="checkbox"/> Altro	