UNIVERSITA'
DEGLI STUDI
DI TERAMO

Al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Teramo

RITIRO DIPLOMA

…..sottoscritt_(cognome)……..nome……
nat_ a…… (Prov ……..) il ……
residente in Via ……..n …… Località …….....
Cap. …….. Città …… (Prov. …….)
Tel …… Cell ……. e-mail ……...

CHIEDE

la restituzione del □ Diploma di Scuola Media Superiore
□ Certificato sostitutivo di Scuola Media Superiore
depositato all'atto dell'immatricolazione.
Dichiara, inoltre, di ritirare in data …….. il ……

ALLEGATI

- ✓ Fotocopia firmata di un documento di identità personale in corso di validità, comprensiva del numero del documento data e luogo del rilascio.

…… , …… ……
(Luogo) (Data) (Firma)

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (riportata nella sezione Segreteria Studenti>Modulistica del sito internet di Ateneo www.unite.it) e di autorizzare il trattamento di tutti i dati personali raccolti, inclusi quelli relativi alle categorie particolari, ai fini della presente procedura.

…… , …… ……
(Luogo) (Data) (Firma)