

AL MAGNIFICO RETTORE  
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

**RESTITUZIONE CERTIFICATO SOSTITUTIVO DI DIPLOMA DI MATURITÀ**

Matricola n° \_\_\_\_\_

\_\_ I \_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
Cognome (per le donne indicare il cognome da nubile) Nome

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

c.a.p. \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel.abitazione \_\_\_\_\_ Tel Cell. \_\_\_\_\_

iscritt \_\_ per l'a.a. \_\_\_\_/\_\_\_\_ al corso di Laurea in \_\_\_\_\_

Facoltà di \_\_\_\_\_

al fine di ottenere il rilascio del Diploma originale di Maturità,

**CHIEDE**

- La restituzione del Certificato sostitutivo del Diploma di Maturità, depositato presso gli sportelli della Segreteria Studenti all'atto dell'immatricolazione.  
\_\_ I \_\_ sottoscritt \_\_\_\_ s'impegna a consegnare al più presto tale Diploma originale presso la Segreteria Studenti di codesta Università.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
luogo e data

\_\_\_\_\_  
firma leggibile