

Alla U.O.B. 89
Rilascio Titoli Accademici
Edificio 3 Viale delle Scienze
90128 Palermo

Il/la sottoscritt_____ nat_____ a
_____ (Prov. _____) il ____/____/____ e
residente a _____ (Prov. _____) in Via
_____ CAP _____

delega

il Sig. / la Sig.ra _____ nat_____ a
_____ (Prov. _____) il ____/____/____ e
residente a _____ (Prov. _____) in Via
_____ CAP _____

a ritirare il proprio

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

sollevando la U.O.B. "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.

Sottoscritta il ____/____/____

firma del delegante

SPECIAL. LAUREA. N° REG.

ANNO

DATI DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ ESIBITO DEL DELEGATO

<input type="checkbox"/> C. I.	RILASCIATO DA _____
<input type="checkbox"/> PAT.	_____
<input type="checkbox"/> PASS.	DOCUMENTO N° _____
<input type="checkbox"/> ALTRO	_____