



**RESTITUZIONE DEL DIPLOMA ORIGINALE DI MATURITA'**  
(compilare la scheda in tutte le sue parti)

N° matricola \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_ ) c.a.p. \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

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

dell'I.S.S.R. \_\_\_\_\_

avendo superato in data \_\_\_\_\_ l'Esame per il conseguimento del titolo finale

**CHIEDE**

La restituzione del Diploma originale di Maturità, depositato all'atto dell'immatricolazione presso la Segreteria Studenti.

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

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