



**Modulo di richiesta
SUPPLEMENTO AL DIPLOMA**

Il/La sottoscritto/a (cognome, nome) _____

Comune di nascita _____ (_____) Data di nascita _____

Domicilio (via / Piazza) _____ n. _____

Comune _____ - _____ Prov. _____ CAP

Tel. _____ Cell. _____ e-MAIL _____

Matricola n.

laureat_ in _____ in data _____

alla Facoltà di _____

Corso di Laurea Laurea specialistica Laurea magistrale a ciclo unico

in _____

CHIEDE

il rilascio del **Supplemento al Diploma** (*Diploma Supplement*)

SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA STUDENTI

Il /La sottoscritto / a _____

dichiara di ritirare in data odierna il **Supplemento al Diploma** (*Diploma Supplement*)

previa esibizione del seguente documento di identità _____

Roma, _____ Firma _____

Firma dell'impiegato ricevente
