

AL DIRIGENTE DELL'UFFICIO AMBITO TERRITORIALE DI:

MODELLO DI RICHIESTA CERTIFICATO SOSTITUTIVO AL TITOLO DI STUDIO

Il/La Sottoscritto/a: Nato/a:

Il giorno: Codice Fiscale:
GG/MM/AAAA

Tel. Fisso: Cellulare: e-mail:
Obbligatorio Obbligatoria

Residente in via: N° Civico:

CAP: Città: Provincia:

DICHIARA

- Di aver smarrito il titolo di studi
 Di aver deteriorato il titolo di stud

Tipo di titolo di studio:

Conseguito presso la Scuola/Istituto:

Di:

Specificare Paese o indirizzo della sede della Scuola o Istituto dove si è preso il titolo.

Nell'Anno Scolastico: Con voto di:
AAAA/AAAA

Pertanto chiede ai sensi dell' art. 1 della legge 7/2/1969, n° 15 e dell' art. 199, 6° comma, del D. Legislativo 297/94, il rilascio del **Certificato Sostitutivo**.

Sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, **consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge in caso di mendacio**, dichiara che i dati sopra riportati sono identici a quelli contenuti nel certificato di studio.

Si allega (obbligatoriamente):

- (1) Copia della denuncia di smarrimento effettuata presso autorità di Polizia o Carabinieri competente;
- (2) Fotocopia di un documento di identità personale.

Luogo Data
Lì
GG/MM/AAAA

Firma del Richiedente