

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Matr. N. _____ nato/a a _____ il _____

Cell./e-mail _____

Iscritto al _____ anno, anno accademico _____/_____

Matr. N. _____ del Corso Triennale / Biennale / Dottorato di Ricerca / Vecchio Ordinamento

di Roma Pescara Pordenone**RICHIEDE** Certificato di frequenza/iscrizione Certificato esami sostenuti/carriera Altro (specificare) _____

Per uso _____

N.B. Ogni certificato verrà rilasciato in marca da bollo da € 16,00, così come confermato dalla Legge n. 208/2015 (Legge di Stabilità 2016) e dovrà essere allegata dallo Studente al presente Modulo, ad eccezione delle esenzioni previste dal D.P.R. n. 642/1972 e s.m.i.

La consegna avverrà entro sette giorni lavorativi.

Si autorizza all'uso dei dati personali contenuti nel presente Modulo per i fini dello stesso e ai sensi delle disposizioni vigenti.

(Luogo) _____, (data) _____

Firma del richiedente _____

Nel caso in cui il certificato non possa essere ritirato personalmente dallo Studente, lo stesso può delegare al ritiro una terza persona, purché munita di: delega scritta, fotocopia della carta d'identità dello Studente richiedente, documento di identità del Delegato al ritiro.

Si rammenta che l'autocertificazione è a tutti gli effetti riconosciuta dalla Legge (art. 46 D.P.R n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.) e sostituisce le certificazioni prodotte dalla Pubblica Amministrazione (art.15 Legge n. 183 del 12/11/2011 e s.m.i.).