

Al Dirigente
dell'Ufficio V -Ambito Territoriale
di Bologna
Via De' Castagnoli, 1
40126 - BOLOGNA

IL/LA SOTTOSCRITT _____
NATO/A _____ IL _____
RESIDENTE A _____ (PROVINCIA DI _____)
VIA _____ TEL. _____
E-MAIL _____

CHIEDE

IL RILASCIO DEL CERTIFICATO SOSTITUTIVO DEL DIPLOMA DI _____

CONSEGUITO PRESSO _____

NELL'ANNO SCOLASTICO _____ **AVENDO SMARRITO :**

- **IL DIPLOMA ORIGINALE/**
- **CERTIFICATO PROVVISORIO. (*)**

ALLEGA:

DENUNCIA DI SMARRIMENTO O DICHIARAZIONE SOSTITUTUTIVA DELL'ATTO DI
NOTORIETA' REDATTA AI SENSI DEGLI ARTT.46/ 47 DEL D.P.R. 445/2000.

Documento di identità valido.

Luogo e data

Firma

(*) Crocettare la dicitura d' interesse.