

Alla c.a.
Alma Mater Studiorum – Università di Bologna
AFORM Area Formazione e Dottorato –
Settore Master, Scuole di specializzazione non
mediche ed esami di Stato

RICHIESTA DI RILASCIO CERTIFICATO

Il/la sottoscritt.....
 Nat ... a (Prov.....) il.....
 Cittadin residente a (Prov.....)
 Via cap Tel
 Cell E-mail
 Iscritt.....al Corso di.....per l'a.a.....

CHIEDE

Il rilascio di n. ___ certificato/i con i seguenti contenuti:

Contenuti certificato	in bollo da € 16.00 (n. copie)
Titolo con voto finale	
Titolo con voto finale ed esami superati	
Iscrizione	
Iscrizione con esami superati	
Iscrizione con storico anni accademici	
Certificato per l'estero	
Altro (specificare)	
(barrare con una crocetta) <input type="checkbox"/> SPEDIZIONE PER POSTA ORDINARIA all'indirizzo: Se la richiesta non avviene allo sportello di segreteria occorre allegare fotocopia fronte retro del documento di identità in corso di validità con data e sottoscrizione. Si fa presente che il certificato che si richiede non può essere prodotto agli organi della pubblica amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi (L 183/2011, art 15 comma 1).	(barrare con una crocetta) <input type="checkbox"/> RITIRO A LLO SPORTELLO

- Ai fini dell'esenzione, dichiara che il sopra indicato certificato è prodotto per una delle seguenti finalità:
- richiesta di borsa di studio
 - richiesta del visto presso sedi diplomatiche italiane
 - richiesta di rilascio o rinnovo del permesso di soggiorno
 - INPS
 - altro: _____

Data e luogo sottoscrizione

firma

.....

.....