

# UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FIRENZE

POLO BIOMEDICO E TECNOLOGICO

## Segreteria Studenti Master

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
documento n. \_\_\_\_\_ (di cui si allega copia)  
rilasciato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### DELEGA

il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
documento n. \_\_\_\_\_ (di cui si allega copia)  
rilasciato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

a ritirare per ordine e conto dello/a scrivente il diploma originale del corso Master in

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
data

\_\_\_\_\_  
**firma del delegante**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiaro di ritirare quanto sopra  
indicato.

\_\_\_\_\_  
data

\_\_\_\_\_  
**firma del delegato**

**N.B.** Il delegato deve essere munito del proprio documento di riconoscimento e fotocopia del documento di riconoscimento del delegante.