

# Alla Segreteria Studenti della Facoltà di Medicina e Farmacia

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

documento di identità n. \_\_\_\_\_ (di cui allega copia)

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Documento n. \_\_\_\_\_ (di cui si allega copia)

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

A ritirare per conto dello/a scrivente:

;  
*Diploma di maturità in originale*  
*Certificato sostitutivo del diploma di maturità;*  
*Dichiarazione di valore (Mod.E) in stesura originale;*  
*Libretto universitario;*  
*Pergamena;*  
*(se ISEF) Certificato di Laurea;*  
*Altro*

---

(data) \_\_\_\_\_

(firma) \_\_\_\_\_