

Al Dirigente
dell'ISTITUTO FIOCCHI

RICHIESTA DI CERTIFICATO SOSTITUTIVO DEL DIPLOMA ORIGINALE

__L__ SOTTOSCRITT__ (COGNOME)_____ (NOME)_____
NAT__ A _____ (PROV.) _____ (NAZ.) _____
IL _____
RESIDENTE IN _____ (PROV.) _____
INDIRIZZO _____ CAP _____
TEL. _____ E-MAIL _____ @ _____

CHIEDE

AI SENSI DELL'ART. 1 DELLA LEGGE 7 FEBBRAIO 1969 N. 15, E DELL'ART.199, COMMA 6 DEL D.LGS 297/1994, il **CERTIFICATO SOSTITUTIVO** DEL PROPRIO DIPLOMA e

DICHIARA

AI SENSI DEGLI ARTT. 47 E 76 DEL DPR 445/2000 E DELL'ART. 15 DELLA LEGGE 12 NOVEMBRE 2011 N.183, CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI:

- DI AVER RITIRATO IL DIPLOMA ORIGINALE IN DATA _____
- DI AVER CONSEGUITO IL DIPLOMA DI (*indicare l'esatta tipologia*) _____ NELL'ANNO SCOLASTICO _____
- CONSEGUITO PRESSO L'ISTITUTO STATALE IIS "P.A. FIOCCHI"

INDIRIZZO ISTITUTO VIA BELFIORE , 4 – COMUNE LECCO- PROV. (LC)

- DI AVER SMARRITO IL DIPLOMA
- DI AVER SUBITO IL FURTO DEL DIPLOMA¹

- DI AVERE EFFETTUATO DENUNCIA DEL FURTO O DELLO SMARRIMENTO DEL DIPLOMA ORIGINALE ALL'AUTORITA' DI POLIZIA O AI CARABINIERI PRESSO _____ IN DATA _____

LUOGO E DATA

FIRMA (*leggibile*)

¹ BARRARE LA CASELLA DI PERTINENZA