

PARTE A

**Domanda di restituzione
del titolo di studi medi**

Matr. n°

Al Rettore dell'Università degli Studi di Milano – Bicocca

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il

chiede

la restituzione del titolo di studi medi depositato al momento dell'immatricolazione.

Dichiara di aver conseguito il diploma di maturità

presso l'istituto

All'atto dell'immatricolazione ha depositato:

DIPLOMA ORIGINALE

CERTIFICATO SOSTITUTIVO

Milano,
(firma)

PARTE B

**Dichiarazione di ritiro
del titolo di studi medi**

**(Da compilare al momento
del ritiro del titolo)**

Il/la sottoscritto/a

Documento di identità rilasciato da

dichiara

di ritirare in data odierna il titolo di studi medi.

per delega di *(allegare delega scritta e fotocopia del documento di identità del delegante)*

Nome Cognome

Documento di identità Rilasciato da

Milano,
(firma)

I dati personali saranno trattati ai sensi del Decreto Legislativo n.196 del 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e sue successive modifiche e integrazioni, nonché del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati). È possibile prendere visione della informativa al seguente link <https://www.unimib.it/informativa-studenti>

RESTITUZIONE TITOLO DI STUDI MEDI

Il diploma originale o il certificato sostitutivo potranno essere ritirati dall'interessato munito di documento di identità, oppure da persona da lui delegata.

COGNOME NOME

Matricola Data

(Ricevuta da conservare e restituire all'atto del ritiro del documento)