

**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)

**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 .....