

## MODULO RICHIESTA CERTIFICATI CORSI POST LAUREA

Il/la sottoscritto/a .....  
 nato/a a ..... provincia ..... il .....  
 iscritto per l'a.a. .... / ..... al ..... anno del .....

- Corso di Dottorato di ricerca
- Scuola di Specializzazione
- Master Universitario di I livello
- Master Universitario di II livello
- Corso di Perfezionamento
- Corso di Aggiornamento
- Corso di Formazione

in

### chiede il rilascio della seguente certificazione

**N.B. Qualora tale richiesta venga inoltrata all'ufficio Post Laurea a mezzo fax (n. 02/6448.6289) è necessario allegare la copia di un documento di identità in corso di validità**

Tipo certificato	Lingua *	n. copie
<input type="checkbox"/> Iscrizione	<input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Inglese	.....
<input type="checkbox"/> Iscrizione con esami sostenuti	<input type="checkbox"/> Italiano	.....
<input type="checkbox"/> Iscrizione con tasse versate	<input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Inglese	.....
<input type="checkbox"/> Conseguimento del titolo	<input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Inglese	.....
<input type="checkbox"/> Conseguimento titolo con voto <i>(solo per le Scuole di Specializzazione)</i>	<input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Inglese	.....
<input type="checkbox"/> Conseguimento del titolo con esami sostenuti	<input type="checkbox"/> Italiano	.....
<input type="checkbox"/> Conseguimento del titolo con tasse versate	<input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Inglese	.....
<input type="checkbox"/> altro .....	<input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Inglese	.....

\* Il rilascio dei certificati in lingua inglese è garantito entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta

**da ritirare allo Sportello Post Laurea delle Segreterie Studenti**


*I certificati verranno consegnati all'interessato o a un delegato in possesso di delega scritta e copia del documento di identità del delegante*

**da inviare al seguente indirizzo:**

Via ..... n. ....  
 C.A.P. .... Città ..... Prov. .... Tel. ....

Data ..... Firma .....

**Nota:** i dati personali vengono raccolti e trattati, nel rispetto delle norme di legge, dei principi di correttezza e tutela della riservatezza, esclusivamente per finalità connesse allo svolgimento delle attività istituzionali, in particolare per tutti gli adempimenti relativi alla piena attuazione del rapporto didattico ed amministrativo con l'Università (D.Lgs n. 196 del 30 giugno 2003 e successive modificazioni).

	A1_SPL_M_Certificati01	Modulo richiesta certificati	Rev3 – Emissione: 24/10/2011
	Redatta da: Rita Urizio	Approvata da: Ester Tagliavini	Emessa da: Manuela Tagliavini
Pagina 1 di 1			