

**Area Servizi allo Studente**  
**Divisione Corsi di Area sanitaria e post laurea**  
**Ufficio Servizi allo Studente**

**RESTITUZIONE**

DIPLOMA DI MATURITA'

DOCUMENTI PRESENTATI IN ORIGINALE

**AL MAGNIFICO RETTORE DELL' UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SIENA**

**MATRICOLA N°** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente in Via/Piazza

\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) TEL \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**chiede**

la restituzione del diploma originale di maturità e/o i documenti in originale che sono depositati presso l'Ufficio Servizi agli studenti per l'iscrizione al Corso di Laurea indicato sopra.

Luogo \_\_\_\_\_ , il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Leggibile

Il/La sottoscritto/a

**dichiara** di aver ritirato in data odierna il diploma originale di maturità e/o i documenti in originale.

Luogo \_\_\_\_\_ , il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Leggibile