

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

___L___ SOTTOSCRITT _____

NAT ___ A _____ (___) IL ___/___/___

RESIDENTE A _____ (___) C.A.P. _____

FRAZ./LOC. _____

IN VIA/PIAZZA _____ N° _____

AVENDO CONCLUSO IL MASTER UNIVERSITARIO DI ___ LIVELLO/CORSO DI _____

IN _____

CHIEDE LA RESTITUZIONE DEI TITOLI DI STUDIO ORIGINALI DEPOSITATI PRESSO L'UFFICIO FORMAZIONE

E POST LAUREA.

A TAL FINE ALLEGA COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'.

DA RITIRARE:
personalmente o tramite
persona legalmente delegata
(secondo le vigenti
disposizioni di legge)

DA SPEDIRE AL SEGUENTE INDIRIZZO:
Via/Piazza _____ N. _____
C.A.P. _____ Città _____ (___)

Siena, ___/___/___

Firma leggibile: _____

Ritirato/i: data _____

Firma leggibile _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Spedito/i il _____