



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

Matricola n. _____

___L___ SOTTOSCRITT _____

NAT ___A___ (Prov ___) IL ___/___/___

C.F. _____

RESIDENTE A _____ CAP _____ (Prov ___)

VIA _____ N _____ TEL _____ / _____

LAUREATO IN _____

IN DATA _____ PRESSO IL DIPARTIMENTO DI _____

RICHIEDE

IL RILASCIO DEL DIPLOMA SUPPLEMENT

- barrare in caso di richiesta di rilascio del Diploma Supplement con firma digitale del Direttore Generale Vicario (non valido per l'estero)*

Siena, _____

Firma leggibile _____

NOTA: I tempi di rilascio del Diploma Supplement sono di circa 15 giorni a partire dalla data di presentazione della presente domanda.

Il Diploma Supplement può essere rilasciato solo ai laureati negli ordinamenti DM. 509/99 e DM. 270/04

MODALITA' PER IL RITIRO DEL DIPLOMA SUPPLEMENT

<input type="checkbox"/> DA RITIRARE PRESSO L'UFFICIO	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO STUDENTI E DIDATTICA: Si dichiara di ritirare in data odierna il Diploma Supplement Siena, ___/___/___ Firma leggibile _____ L'addetto dell'Ufficio studenti e didattica _____
<input type="checkbox"/> DA RICEVERE MEZZO RACCOMANDATA A/R <i>(N.B. In questo caso è necessario allegare alla richiesta una copia del documento d'identità)</i>	INDIRIZZO: Via/P.zza _____ n. _____ CAP _____ Città _____ (____)
<input type="checkbox"/> DA RICEVERE TRAMITE PEC <i>(N.B. In questo caso è necessario allegare alla richiesta una copia del documento d'identità)</i>	INDIRIZZO: Posta PEC _____
<input type="checkbox"/> DA RICEVERE TRAMITE POSTA ELETTRONICA ISTITUZIONALE <i>(N.B. In questo caso è necessario allegare alla richiesta una copia del documento d'identità)</i>	INDIRIZZO: Posta istituzionale _____@student.unisi.it