



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA

Segreterie Studenti

RILASCIO COPIA TITOLO DI STUDIO AUTENTICATO

**Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di
FOGGIA**

___ I ___ sottoscritt ___ matricola : _____
nat/ ___ a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ via _____ n. _____
telefono _____, student _____ del corso di Laurea/D.U. in _____
_____ anno di corso _____
anno accademico _____ / _____,

CHIEDE

Che gli venga _____ rilasciat _____ n. _____ copi _____ autenticat _____, in bollo/carta libera,
del diploma originale/certificato sostitutivo del Diploma, depositato presso la Segreteria di Facoltà
all'atto dell'immatricolazione.

Foggia, _____

Con osservanza
