

Istituto Universitario Salvo D'Acquisto

(Legalmente Riconosciuto con Decreto Ministeriale del 14/07/2021)

RITIRO DEL DIPLOMA

Al Direttore Didattico
Dell'Istituto Universitario
Salvo D'Acquisto

Il / La sottoscritt _____

Luogo e data di nascita _____

Residente in Via _____

C.a.p. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Cell. _____

E-mail _____ Codice Fiscale _____

a seguito della richiesta rivolta all'Istituto Universitario Salvo D'Acquisto

DICHIARA

di ricevere dall'Istituto Universitario Salvo D'Acquisto il diploma originale relativo al Corso triennale in Scienze della Mediazione Linguistica - Classe di Laurea L-12;

di delegare il Signor / la Signora _____
Codice Fiscale _____ per il ritiro del diploma originale del soggetto delegante relativo al Corso triennale in Scienze della Mediazione Linguistica - Classe di Laurea L-12.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Data _____ Firma _____

Firma del Delegato