Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Istruzione Superiore di Via delle Scienze

Colleferro (RM)

Oggetto: Ritiro Diploma di Maturità

* LICEO CLASSICO
* LICEO SCIENTIFICO
* LICEO LINGUISTICO
* Il/la sottoscritto/a ………………………………………………………………………………………………………………..

Che ha frequentato la classe …………………………… nell’ A.S. ……………………………………,

oppure

* Il/la sottoscritto/a ………………………………………………………………………………………………………………..

Con delega di ……………………………………………………………………………………………………………………….

Che ha frequentato la classe ………………………….. nell’ A.S. ……………………………………..

DICHIARA

di ritirare il Diploma originale di superamento dell’Esame di Stato di Scuola Secondaria di secondo grado e quello di Licenza della Scuola Media.

Colleferro, ………………………………………..

 Firma

 ……………………………………………………………