**M.I.U.R. – U.S.R. per la Calabria – Uff. VI**

**Ambito Territoriale per la Provincia di Reggio Calabria**

**Ufficio Diplomi**

**Via Sant’Anna II tronco, loc. Spirito Santo**

**89129 – Reggio Calabria**

**PEO:** [**usp.rc@istruzione.it**](mailto:usp.rc@istruzione.it)

**PEC:** [**usprc@postacert.istruzione.it**](mailto:usprc@postacert.istruzione.it)

**OGGETTO: RICHIESTA RESTITUZIONE ALLA SCUOLA DI COMPETENZA DEL DIPLOMA CONSEGUITO DOPO L’ANNO SCOLASTICO 1993/1994**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IL/LA SOTTOSCRITTO/A | | |  | | | | |
| NATO/A A |  | | | | | il |  |
| AVENDO CONSEGUITO IL DIPLOMA DI MATURITÀ | | | |  | | | |
| NELL’ANNO SCOLASTICO | | | |  |
| PRESSO L’ISTITUTO SUPERIORE | |  | | | | | |

(indicare denominazione e comune della scuola)

|  |  |
| --- | --- |
| RIPORTANDO LA VOTAZIONE |  |

**CHIEDE**

CHE IL SUDDETTO TITOLO DI STUDIO VENGA RESTITUITO ALLA SCUOLA DI COMPETENZA PER IL CONSEGUENTE RITIRO.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Luogo |  | Data |  | Firma (leggibile) |

(\*) allegare copia del documento di identità in corso di validità

Indicare i recapiti per eventuali comunicazioni da parte dell’Ufficio o della Scuola:

Indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_