



## MODULO RICHIESTA DIPLOMA ORIGINALE

Il/la sottoscritt\_ (cognome ) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

Chiede il rilascio del diploma originale del Master conseguito in data \_\_\_\_\_

In \_\_\_\_\_

Con Votazione \_\_\_\_/\_\_\_\_ e \_\_\_\_

Per eventuali comunicazioni:

**E - MAIL** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ **CELL** \_\_\_\_/\_\_\_\_

Dichiara altresì di essere a conoscenza del fatto che il diploma originale di studio riporterà esattamente i dati anagrafici indicati nel presente modulo di richiesta.

### CONTROLLO DATI ANAGRAFICI

Il/la sottoscritt\_ (cognome ) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov \_\_\_\_ ) Il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ (Prov \_\_\_\_ ) via \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_ Cap \_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**(Se spedita, alla richiesta deve essere allegata fotocopia del documento di riconoscimento)**

=====

### PARTE RISERVATA ALLA SEGRETERIA

#### Identificato mediante:

Carta d'identità /Passaporto /Patente n° \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'Addetto allo Sportello

\_\_\_\_\_

Funzione Formazione Post laurea & Research  
Partnership Unità Master e corsi specializzanti Roma  
Università Cattolica del Sacro  
Cuore Largo F. Vito 1, 00168  
Roma