

Facoltà Teologica Pugliese
ISTITUTO SUPERIORE DI SCIENZE RELIGIOSE METROPOLITANO
"San Michele Arcangelo"
Viale C. Colombo, 101 – 71121 FOGGIA

(Si prega di compilare il modulo in stampatello in ogni sua parte)

DOMANDA DI RINUNCIA AGLI STUDI

Al Direttore
dell'I.S.S.R. "San Michele Arcangelo"

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

iscritto/a per l'A.A. ____/____ matr. n. _____ al ____ anno di corso fuori corso

Curriculum di studio:

Laurea in Scienze Religiose

Laurea Magistrale in Scienze Religiose (indirizzo _____)

RESIDENZA: via e numero _____ comune _____

provincia _____ c.a.p. _____ tel. _____ cell. _____

dichiara sotto la sua personale responsabilità di rinunciare definitivamente alla prosecuzione degli studi intrapresi.

Lo scrivente è consapevole che la presente rinuncia è irrevocabile e senza condizioni.

Il sottoscritto chiede la restituzione del titolo originale di studi medi (*) presentato all'atto dell'iscrizione all'ISSR.

Foggia, _____

Firma

N.B. Se l'interessato non può ritirare personalmente il Diploma deve autorizzare un'altra persona redigendo una **delega** accompagnata da fotocopia fronte-retro di un suo documento di identità non scaduto. La persona delegata deve altresì presentarsi con un proprio documento di identità.

Se l'interessato non può consegnare personalmente la dichiarazione di rinuncia, la stessa deve essere accompagnata da fotocopia del documento di identità e delega, così come sopra specificato.

(*) non vale per autocertificazione del diploma e certificato semplice.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA:

Dichiaro di ritirare in data odierna il Diploma originale di Maturità _____

conseguito presso l'Istituto _____ di _____

nell'anno scolastico _____

Foggia, _____

Firma

(riservato alla segreteria)

Il richiedente è identificato mediante _____ n. _____

rilasciata da _____ il _____