

**MODULO DI RICHIESTA RITIRO DIPLOMA ESAME DI STATO**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ITS ANDREOZZI  
AVERSA

Il/la sottoscritto/a			
	COGNOME E NOME		
Data e luogo di nascita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	Prov.
Recapiti	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	N. CELLULARE	E-MAIL	
Già iscritto per l'a.s.:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ANNO SCOLASTICO	CLASSE/SEZIONE	CORSO STUDI

Avendo superato l'Esame di Stato nell'a.s.:

Chiede di ritirare la copia originale del diploma.

Allega alla presente richiesta attestato di versamento di € 15,13 sul c/c postale 1016, ovvero ricevuta di pagamento tramite modello F24 ordinario codice tributo TSC4

Luogo e data	<input type="text"/>
--------------	----------------------

Firma

**N.B.:** il presente modulo, compilabile on-line, va inviato corredato di firme e documenti all'indirizzo e-mail: [cetd21000r@istruzione.it](mailto:cetd21000r@istruzione.it)