



## Università degli Studi di Sassari

Area Didattica, Orientamento e Servizi agli studenti  
Ufficio Alta Formazione

### AI MAGNIFICO RETTORE

..I... sottoscritt.... (cognome) ..... (nome) ..... nat... il .../.../.....  
comune di nascita.....residente in .....via .....  
n° .....prov.....c.a.p. .... n° telefono .....e-mail.....

Consapevole che ai sensi della L. 12.11.2011 n. 183 i certificati non possono essere prodotti agli organi della Pubblica Amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi

### CHIEDE

α) il rilascio di n. .... certificat... di:

- iscrizione al..... anno di corso della scuola in.....
- diploma di specializzazione in ..... conseguito in data .....
- altro.....
- in carta semplice per uso.....ai sensi dell'art..... della Legge/ D.P.R./ D.M.....
- in carta resa legale per tutti gli usi di legge (marca da bollo da 16 euro da presentare al ritiro del certificato)

β) che i/il certificat.. siano/sia:

- inviato/i al seguente indirizzo:..... liberando l'Amministrazione universitaria da qualunque responsabilità nel caso di dispersione o danneggiamento della certificazione
- consegnato/i al/alla richiedente
- consegnato/i a persona munita di documento di identità personale, delega e fotocopia del documento d'identità del richiedente

Sassari, .../...../.....

Firma

.....

**RICHIESTA CERTIFICATO SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE MEDICHE**