

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.T. "Saffi/Alberti"
Via Turati, 5 - Forlì

Io sottoscritto/a

Nato/a a _____ (prov. _____) il _____

Residente a _____ (prov. _____) via _____ numero

Telefono _____

DICHIARO

Di ritirare il Certificato Sostitutivo n. _____ del Registro Generale dei certificati, del Diploma di Maturità di Istruzione Secondaria Superiore - Indirizzo Tecnico di _____, conseguito nell'a.s. _____ presso l'Istituto _____.

N.B. Sono consapevole, inoltre essendo stato/a informato/a dalla Segreteria che nessun altro certificato mi potrà più essere rilasciato.

Forlì, _____

FIRMA _____

Si allega alla presente copia del documento di riconoscimento.