

AUTORIZZAZIONE SPEDIZIONE DIPLOMA ORIGINALE DI ABILITAZIONE

Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di Padova

La/Il sottoscritto/a _____
nata/o _____ Prov. _____
il _____
residente a _____
indirizzo _____
mail _____ tel. _____
abilitata/o all'esercizio della professione di _____
nella Prima/Seconda Sessione dell'anno _____

Autorizza, sotto la propria responsabilità, l'Ufficio Dottorato e Post Lauream – Settore formazione insegnanti ed esami di Stato -
alla spedizione del proprio diploma originale di abilitazione all'esercizio della professione al seguente indirizzo c/o:

Cognome _____ Nome _____
Via/viale/P.zza _____ n. _____
C.A.P. _____ Città _____ prov. _____
Frazione _____

Allega alla presente:

- Fotocopia del documento di identità personale in corso di validità;
- Fotocopia della ricevuta del versamento di € 10.50 (per contributo spese postali) da eseguirsi su c/c bancario, codice IBAN: IT35V0306912117100000300436 - intestato all'Università degli Studi di Padova;
- Marca da bollo da € 16,00;
- Certificato sostitutivo di abilitazione.

Trattamento dati personali

I dati personali comunicati dall'interessata/o saranno trattati dall'Università degli Studi di Padova unicamente per le finalità di gestione, anche su supporto informatico, della procedura per la quale sono stati richiesti, nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 27 aprile 2016, n. 679 (General Data Protection Regulation, GDPR). Per maggiori dettagli visionare il link <http://www.unipd.it/privacy>.

Luogo e Data

Firma
