

**DELEGA PER RITIRO DIPLOMA  
ORIGINALE DI ABILITAZIONE PROFESSIONALE**

Al Magnifico Rettore  
Università degli Studi di Padova

La/Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nata/o \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

Laureato in \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

nella \_\_\_\_\_ sessione dell'anno \_\_\_\_\_

delega al ritiro del proprio diploma di originale di abilitazione all'esercizio della professione

la/il Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Allega alla presente:

- Fotocopia di entrambi i documenti di identità personale in corso di validità.

**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