ALLEGATO N. 1

DELEGA PER RITIRO DIPLOMA DI DOTTORATO DI RICERCA

Il/la sottoscritto/a ……………………………………………………………………………………

Nato/a ………………………………………il ………………………………………………………

Ha frequentato la Scuola / Corso di dottorato in ……………………………………………, indirizzo……………………………………………………………………………………………….

Residente in via………………………………………………..n. ……………….cap…………….

Città………………………………….Prov……………………

autorizza, sotto la propria responsabilità, il/la Sig./Sig.ra ………………………………………

Nato/a a ……………………………………………..il ………………….

al ritiro del proprio diploma di Dottorato di ricerca in ……………………………………………………

Allega alla presente:

1. fotocopia del documento d'identità personale del delegante e del delegato.

Data, ………………………………………

FIRMA …………………………..