

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO PROFESSIONALE
PER I SERVIZI PER LA SANITA'
E L'ASSISTENZA SOCIALE
"Antonio Gabriele" – TORTORA (CS)**

Il/La Sottoscritto/a _____
Nato/a _____ (____) il ____ / ____ / _____,
residente in _____ (____) via _____
Tel _____ indirizzo e-mail _____.

CHIEDE

Il Rilascio del diploma originale di maturità /qualifica _____
conseguito nell'a.s. ____/____ presso **L'ISTITUTO PROFESSIONALE PER I SERVIZI PER LA SANITA' E
L'ASSISTENZA SOCIALE "Antonio Gabriele"**
in giacenza presso codesto istituto.

DICHIARA

di aver ottemperato agli obblighi economici derivanti dai pagamenti delle rette scolastiche dovute alla
EVOLUTIO TEMPORE SOC.COOP.SOC, e pertanto allega la ricevuta del pagamento della somma
di € 15,13 versata sul c.c. n° 1016 dell'Agenzia delle Entrate di Pescara;

Tortora, lì ____/____/____

Firma del richiedente

Delega al ritiro di quanto richiesto il/la Sig./ra _____
nato/a _____ (____) il ____ / ____ / _____,
esonero l'intestatario della presente, da qualsiasi responsabilità.

Per ricevuta del diploma originale

Tortora, lì ____/____/____

Firma del delegato

Dati Documento di Riconoscimento

Tipo di documento _____ n. _____
Rilasciata dal _____ in data ____ / ____ / ____ scadenza ____ / ____ / ____.