

Al Dirigente dell'Ufficio Scolastico Regionale per il Molise
Ufficio III - Ambito Territoriale per la Provincia di Campobasso

DOMANDA PER RICHIEDERE IL DUPLICATO DI EQUIPOLLENZA

1 sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ (Prov.) _____
residente in _____

D I C H I A R A

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi del D.P.R. N. 445/2000 (consapevole delle sanzioni penali previste in caso di mendacio), di aver smarrito l'equipollenza del:
TITOLO _____

RILASCIATA IL _____ PROT. N. _____
DEL REGISTRO ANNO _____

Tipo:

- Diploma di licenza conclusiva del 1° ciclo di istruzione
 Qualifica professionale _____
 Maturità _____

C H I E D E

pertanto, il rilascio del CERTIFICATO SOSTITUTIVO avente a tutti gli effetti il medesimo valore.

A tal fine allega:

- copia di eventuale denuncia di smarrimento presentata all'autorità di pubblica sicurezza;
- fotocopia equipollenza già rilasciata;
- fotocopia del documento di riconoscimento.

Cognome e nome _____

Indirizzo _____

Telefono _____

e-mail _____

Campobasso, _____

Firma
