



MOD.SE.AL/2

Al Dirigente Scolastico
del Liceo Scientifico Statale "G. DA PROCIDA"
S A L E R N O

OGGETTO: RITIRO DIPLOMA

__L__ SOTTOSCRITT__ _____

NAT__ IL_____ A _____

ALUNN__ DELLA CLASSE_____ SEZIONE_____

DIPLOMAT__ NELL'ANNO SCOLASTICO _____

CHIEDE

IL RILASCIO DEL DIPLOMA DI MATURITA' SCIENTIFICA.

Allega alla presente il versamento delle tasse governative di Euro 15,13 sul c.c.p. 1016

Salerno,.....

FIRMA

__I__ SOTTOSCRIT__ DICHIARA DI RITIRARE IL DIPLOMA ORIGINALE
DELL'ESAME DI STATO, CON ALLEGATO CERTIFICATO.

Salerno, _____

Firma
