



RICHIESTA RILASCIO DIPLOMA ORIGINALE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ ha frequentato la classe 5[^], indirizzo
Odontotecnico, avendo conseguito la Maturità nella sessione unica dell'anno scolastico
____/____

CHIEDE

alla S.V. di voler rilasciare il diploma originale di Maturità.

_____,li _____

Firma
