



### RICHIESTA SPEDIZIONE AL DOMICILIO DEL DIPLOMA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Matr. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nat il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

#### AUTORIZZA

la spedizione **via posta con raccomandata** del diploma originale conseguito nel corso di:

- laurea triennale/specializzazione/magistrale in \_\_\_\_\_
- specialità medica/delle professioni legali in \_\_\_\_\_
- master/corso di perfezionamento/aggiornamento professionale in \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ al seguente indirizzo:

Nome _____	Cognome _____
Cognome sul citofono _____	
via/piazza _____	n. _____
Città _____	prov. _____ cap _____

#### DICHIARA

- di sollevare l'Università di Verona dalla responsabilità di un eventuale smarrimento o danneggiamento dovuto alla spedizione postale;
- che le persone domiciliate presso il suddetto indirizzo sono autorizzate al ritiro della pergamena per conto dello/a scrivente;
- di aver preso visione sul sito web di Ateneo dei costi e delle condizioni del servizio;
- di acconsentire al trattamento dei dati personali forniti attraverso la compilazione del presente modulo, per le finalità connesse all'erogazione del servizio;
- di aver accertato che il diploma originale è disponibile al ritiro dal giorno: \_\_\_\_\_.

#### ALLEGA

- ricevuta di avvenuto pagamento del contributo di spedizione tramite [PagoPA](#), pari a (barrare l'opzione corretta):
  - 12 € per la spedizione della pergamena in Italia;
  - 25 € per la spedizione della pergamena nei Paesi dell'Unione Europea;
  - 40 € per la spedizione della pergamena nei Paesi fuori dall'Unione Europea.
- fotocopia fronte-retro di un valido documento di riconoscimento

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(Firma autografa o firma digitale - non firma digitata da tastiera)