



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, nel corso di studio di specialità medica/delle professioni legali, di 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)