



**Università
degli Studi
di Ferrara**

Ufficio Scuole
di Specializzazione Sanitarie

Università degli Studi di Ferrara
Ripartizione Rapporti con Servizio Sanitario
Nazionale
via Aldo Moro,8 • 44124 Cona (FE)
scuole.specializzazione@unife.it
Tel. 0532 293197
www.unife.it/it/corsi/scuole-di-specializzazione/sanitarie

MATRICOLA:

--	--	--	--	--	--

Marca da bollo € 16,00

**Al Magnifico Rettore
dell'Università degli studi di Ferrara**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (_____) il giorno ____ / ____ / ____
iscritto/a per l'anno accademico _____ al _____ anno della Scuola di Specializzazione
in _____
ovvero
diplomato il _____
in _____

chiede

il rilascio in carta legale di num. _____ certificato/i attestante/i:

consapevole che il certificato richiesto non potrà essere prodotto agli organi della Pubblica Amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi (ART. 15, Legge del 12/11/2011 n. 183).

A tal fine allega num. _____ marche da bollo**

Data _____

(firma)

**** N.B. Una marca da bollo del valore legale per ogni foglio richiesto (1 foglio = 4 facciate scritte) più una marca da apporre alla presente richiesta.**

Alla presente richiesta occorre sempre allegare fotocopia del documento del richiedente. Qualora si richieda la spedizione della certificazione a mezzo posta, esonerando la scrivente amministrazione da ogni responsabilità, allegare il francobollo per l'affrancatura e indicare l'indirizzo esatto presso il quale dovrà essere spedita la certificazione:

Via _____
Città _____ Prov _____ Cap _____ Tel _____