



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
DELL'INSUBRIA**

**DOMANDA DI RILASCIO DEL DIPLOMA DI ABILITAZIONE  
ALL'ESERCIZIO PROFESSIONALE**  
(per chi è in possesso del certificato sostitutivo di abilitazione)

**Al Magnifico Rettore  
dell'Università degli Studi dell'Insubria**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

|   |                      |
|---|----------------------|
| Cognome .....                                       | Nome .....           |
| Nato/a a .....                                      | il .....             |
| Residente a .....                                   | Prov ..... CAP ..... |
| Via/Piazza.....                                     | n. ....              |
| TEL .....   |                      |
| Abilitato/a all'esercizio della Professione di..... |                      |
| Nella Sessione.....                                 | dell'Anno.....       |

**CHIEDE**

***il rilascio del diploma originale di abilitazione.***

- con ritiro immediato, presso lo sportello dell'Ufficio Segreteria Studenti – sede di Varese - in orario di apertura.
- mediante spedizione a mezzo posta (Raccomandata 1 con prova di consegna), sollevando l'Università degli studi dell'Insubria da ogni responsabilità in caso di mancato recapito.

A tal fine allega:

- Attestato sostitutivo di abilitazione in originale o, in caso di smarrimento dell'attestato sostitutivo, copia della denuncia di smarrimento o dichiarazione sostitutiva di smarrimento;
- Una marca da bollo da € 16,00 (da apporre sul diploma originale di abilitazione);
- Attestazione del versamento dei costi di spedizione tramite bonifico bancario ordinario pari a € 8,25 per la spedizione in Italia.

Data .....

Firma .....