

Al Magnifico Rettore
Dell'Università degli Studi di Roma
"Tor Vergata"

Il sottoscritto

COGNOME
NOME
NATO A
IL

Avendo sostenuto con esito POSITIVO l'esame di abilitazione all'esercizio della professione di:

<input type="checkbox"/> BIOLOGO
<input type="checkbox"/> MEDICO CHIRURGO
<input type="checkbox"/> ODONTOIATRA
<input type="checkbox"/> INGEGNERE
<input type="checkbox"/> DOTTORE COMMERCIALISTA
<input type="checkbox"/> RAGIONIERE E PERITO COMMERCIALE

nella prima sessione / seconda sessione dell'anno (solare)

Chiede

Il rilascio del certificato sostitutivo del Diploma originale di Abilitazione

A tal fine si allega la seguente documentazione:

- ✓ N° 1 MARCA DA BOLLO DA EURO 14.62;
- ✓ C/C POSTALE N° 12741005 INTESTATO
A:REGIONE LAZIO – TASSE REGIONALI UNIVERSITARIE – SERVIZIO
TESORERIA – VIA GARIBALDI, 7 – 00145 ROMA DI EURO 113.62
(solo per i laureati negli Atenei della Regione Lazio e diplomati negli Istituti
Tecnici e Commerciali della Regione Lazio)

Roma il

In fede

.....