



UniSR

Università Vita-Salute
San Raffaele

DELEGA RITIRO DEL DIPLOMA ORIGINALE DI ABILITAZIONE

FAC-SIMILE PER LA DELEGA

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in via _____ n. _____

Comune _____ cap. _____ Provincia _____

DELEGA

Il/La Sig./ra _____

al ritiro del diploma di Abilitazione alla professione di Medico Chirurgo – Anno _____ Sessione _____

Allega a tale scopo, copia del documento di identità del delegato e del delegante.

Firma Delegato _____ Firma Delegante _____

Data _____

Università Vita-Salute San Raffaele

Via Olgettina 58 – 20132 Milano

Numero Verde 800 339 033

P. IVA 13420850151 – Cod. Fisc. 97187560152 – N° REA MI-1511742

www.unisr.it