



# UniSR

Università Vita-Salute  
San Raffaele

**Al Magnifico Rettore dell'Università  
Vita-Salute San Raffaele di Milano**

Il sottoscritt\_ .....nat\_ a .....

Il.....cittadinanza.....codice fiscale

.....residente in via .....

n. ....comune ..... prov,..... cap. ....

recapito telefonico ...../..... cellulare (facoltativo) .....

laureat\_ in Odontoiatria il ..... presso.....

avendo sostenuto nella ..... sessione dell'anno .....l'esame di Stato per

l'abilitazione all'esercizio della professione di **Odontoiatra**

**CHIEDE IL RILASCIO**

**dell'attestato sostitutivo di abilitazione e il successivo rilascio del diploma originale**

**del diploma originale di abilitazione**

Per i laureati presso Università di altre regioni si allega copia della quietanza  
di versamento della tassa di abilitazione professionale

*(importo e C/C postale dovranno essere richiesti all'Università in cui è stata conseguita la laurea)*

Data.....

Firma.....

**Università Vita-Salute San Raffaele**

Via Olgettina 58 – 20132 Milano

Tel. +39 02 91751 500

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

**www.unisr.it**