

**All'Ufficio Scolastico Regionale per la Liguria**  
**Ufficio II – Ambito Territoriale di Genova**  
**UFFICIO DIPLOMI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali previste dalla Legge, in caso di falso, dichiara sotto la propria responsabilità, di aver smarrito **il diploma originale**, nelle circostanze specificate nella denuncia, presentata in data \_\_\_\_\_ al/ alla

- Comando della Stazione dei Carabinieri di \_\_\_\_\_;
- Questura o al Comando di Polizia di \_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

ai sensi della Legge n. 15 del 7.2.1969, che gli/le venga rilasciato **il certificato sostitutivo**, valido a tutti gli effetti di legge, del diploma di:

- maturità \_\_\_\_\_;
- superamento dell'esame di Stato, conclusivo del corso di studi di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

conseguito presso l'Istituto/Liceo \_\_\_\_\_

nell'anno scolastico \_\_\_\_\_.

Firma

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_