

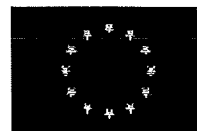


**Numero di Protocollo: 3124**

1414122017B19 - cpiana - 95215840638

CPIA Napoli Città 1

Corso Malta, 141 - 80141 Napoli (NA)



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CAMPANIA

**CPIA NAPOLI CITTA' 1**

**Centro Provinciale per l'Istruzione degli Adulti**

"Palazzina E" – Polo Tecnico Fermi Gadda,

Corso Malta 141, 80141 Napoli.

Codice meccanografico NAMMOCP00L - C.F. 95215840638

Tel 081/18548356 mail [NAMMOCP00L@istruzione.it](mailto:NAMMOCP00L@istruzione.it)

sito <http://www.cpianapolicita1.gov.it/>

## AVVISO

Si comunica che gli alunni che hanno conseguito la licenza media nell'a.s. 2016/2017 possono ritirare il diploma presso la sede amministrativa del **CPIA NAPOLI CITTA' 1** sita al Polo Tecnico Fermi – Gadda – Palazzina E, Corso Malta n°141, 2° piano nei seguenti giorni ;

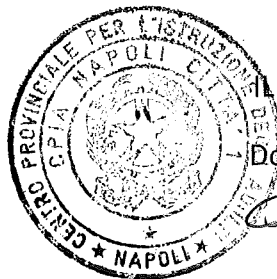
- Martedì dalle ore 8,30 alle ore 11,30,
- Giovedì dalle ore 12,30 alle ore 14,30,

muniti di documento di riconoscimento in corso di validità, debitamente redatta.

In caso di delega compilare l'allegato modulo e allegare documento di

riconoscimento valido del delegante.

Resta inteso che il delegato dovrà esibire documento di riconoscimento valido.



DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott. Gennaro Rovito

**DELEGA AL RITIRO DI DIPLOMA**

**Al Dirigente Scolastico**

**Di CPIA Napoli Città 1**

**-Napoli-**

Il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_,

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico n. \_\_\_\_\_ avendo superato l'ESAME DI STATO

nell'anno scolastico \_\_\_\_/\_\_\_\_, sede associata di \_\_\_\_\_ essendo impossibilitato /a al ritiro diretto,

**DELEGA**

Il /la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ al ritiro del **DIPLOMA ORIGINALE DI LICENZA MEDIA**, assumendosi la responsabilità

per la consegna a terzi, anche se delegati, e sollevando codesta amministrazione da ogni eventuale responsabilità in caso di smarrimento e/o distruzione, anche involontaria, della pergamena stessa.

Lo scrivente è a conoscenza che i dati forniti verranno utilizzati per i soli fini istituzionali previsti e ne autorizza il trattamento.

Allega copia con firma autografa del documento di riconoscimento proprio e del delegato.

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

**DA PARTE DELLA SEGRETERIA-VERIFICA DI IDENTITA'**

Documento del/la delegato/a:

Documento: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_