

IO SOTTOSCRITTO STUDENTE INTESTATARIO DEL CERTIFICATO

Nome _____ Cognome _____

C.F. _____

DELEGO

Nome _____ Cognome _____

C.F. _____

IN QUALITA' DI:

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> GENITORE | <input type="radio"/> FRATELLO |
| <input type="radio"/> TUTORE | <input type="radio"/> CUGINO |
| <input type="radio"/> _____ | |

AL RITIRO DELL'ATTESTATO DI

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> QUALIFICA | <input type="radio"/> DIPLOMA |
|---------------------------------|-------------------------------|

IN ORIGINALE RILASCIATO DA FONDAZIONE CFP PADRI SOMASCHI – IMPRESA SOCIALE

Luogo, data _____ Firma dello Studente Delegante _____

FIRMA DEL DELEGATO

Per avvenuto ritiro

Como, data _____
