

DOMANDA DI EQUIPOLLENZA (1)

(Unione Europea)

All'Ufficio Ambito Territoriale di _____ (indicare la provincia di residenza)

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il

residente in

via n. trovandosi nella condizione di:

cittadino di Stato membro dell'Unione Europea

cittadino di Stato aderente all'Accordo sullo Spazio Economico europeo

cittadino della Confederazione Elvetica

CHIEDE

ai sensi dell'art. 379 del D.L.vo 16.04.1994 n. 297, così modificato dall'art. 13 della Legge 25 gennaio 2006 n. 29, l'equipollenza al:

Diploma di licenza elementare

Diploma di licenza media

Diploma di istituto di secondo grado:

ovvero

Diploma di qualifica professionale:

del titolo di studio

(indicare il titolo di studio straniero posseduto)

conseguito (2) nell'anno scolastico

presso

(indicare la scuola o l'istituto con la località o l'indirizzo)

Il /la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità dichiara:

di essere cittadino di Stato membro dell'Unione Europea

di essere cittadino di Stato aderente all'Accordo sullo Spazio Economico

di essere cittadino della Confederazione Elvetica

- che in ordine al precitato titolo di studio straniero, non è stata già conseguita equipollenza con altro titolo di studio italiano, né è stata o sarà presentata domanda di equipollenza ad altro U.S.P.

- di avere il seguente recapito

tel. al quale desidera ricevere le comunicazioni relative alla domanda.

Data,

Firma

(1) DA PRODURRE IN BOLLO (euro 14,62) PER I SOLI TITOLI DI ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE

(2) aggiungere "come candidato privatista" qualora il titolo sia stato conseguito nella condizione anzidetta

barrare le voci che interessano e completare con le indicazioni specifiche