DOMANDA Dl EQUIPOLLENZA

Al Dirigente dell'U. S. T – Ufficio VII di Lecco

Piazza Lega Lombarda, 4 23900 Lecco

Il/la sottoscritto/a ……………………………………………………………………………..

nato /a .................................................................. provincia di ……………………………………….

residente in …………………………………………………………………………………………….

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 come modificato dall'art. 13 della Legge 25 gennaio 2006 n. 29, l'equipollenza del:

* Diploma di licenza media
* Diploma di istituto di secondo grado………………………………………………………….(1)

del titolo di studio………………………………………………………………………………………..(2)

(Indicare il titolo di studio straniero posseduto)

 conseguito nell'anno scolastico…………………………… presso ……………………………….. .

………………………………………………………………………………………………………………….

(Indicare la scuola o l'istituto con la località e 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 su citato 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.T.;

di avere il seguente recapito: ………………………………………………………………………….

al quale si desidera ricevere le comunicazioni relative alla domanda.

 e-mail………………………………………………………. Tel ……………………………………..

Luogo e data ……………………

 Firma

 ………………………………………………………………………

1. indicare il Diploma di superamento dell'esame di Stato conclusivo di Scuola Secondaria Superiore di II grado;
2. indicare il titolo di studio straniero posseduto;