

**Al Dirigente dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Basilicata  
Ufficio III - Ambito Territoriale per la Provincia di Matera**

**DOMANDA PER RICHIEDERE IL DUPLICATO DI EQUIPOLLENZA**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

D I C H I A R A

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi del D.P.R. N. 445/2000 (consapevole delle sanzioni penali previste in caso di mendacio), **di aver smarrito** l'equipollenza del:

**TITOLO** \_\_\_\_\_

**RILASCIATA IL** \_\_\_\_\_

**PROT. N.** \_\_\_\_\_

**N. \_\_\_\_\_ DEL REGISTRO ANNO** \_\_\_\_\_

Tipo:

- Diploma di licenza conclusiva del 1° ciclo di istruzione
- Qualifica professionale \_\_\_\_\_
- Maturità \_\_\_\_\_

C H I E D E

pertanto il rilascio del CERTIFICATO SOSTITUTIVO avente a tutti gli effetti il medesimo valore.

A tal fine allega:

- copia di eventuale **denuncia** di smarrimento presentata all'autorità di pubblica sicurezza;
- fotocopia **equipollenza** già rilasciata;
- fotocopia del **documento di riconoscimento**.

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Matera, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_