



Università  
Ca' Foscari  
Venezia

**Università Ca' Foscari Venezia**  
Dorsoduro 3246, 30123 Venezia  
P.IVA 00816350276 - CF 80007720271  
www.unive.it

Al Magnifico Rettore  
dell'Università Ca' Foscari Venezia



Marca da bollo

Il/la sottoscritto/a (cognome, nome) \_\_\_\_\_

codice fiscale

nato/a a (comune, prov.) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a (comune, prov.) \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

in (via, p.zza) \_\_\_\_\_ n.civico \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

cittadinanza \_\_\_\_\_

in possesso del titolo accademico di \_\_\_\_\_

rilasciato dall'Università di \_\_\_\_\_

Stato \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_

### CHIEDE

il riconoscimento del proprio titolo accademico con la laurea/laurea magistrale in:

\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

Tutti i dati forniti con il presente modulo sono utilizzati dall'Università esclusivamente per i fini istituzionali dell'ente e comunque nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 in materia di tutela della riservatezza dei dati personali.

Alla presente domanda deve essere allegata tutta la documentazione pertinente elencata nell'apposita pagina su [www.unive.it](http://www.unive.it).

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_