

Al Direttore della Scuola di Archivistica, Paleografia e Diplomatica
dell'Archivio di Stato di ROMA

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ provincia _____ il _____,
telefono _____ cellulare _____
e-mail: _____

avendo frequentato, nell'a.a.. 2018-2019, il secondo anno del corso biennale della Scuola di
A.P.D. ed avendo raggiunto il numero prescritto di ore di frequenza,

CHIEDE

di poter sostenere gli esami finali di diploma nella sessione _____

Dichiara inoltre di essere consapevole che il conferimento dei dati personali è obbligatorio per
sostenere il suddetto esame e che tali dati saranno trattati secondo quanto previsto dal decreto
legislativo n. 196 del 30.06.2003.

Roma, _____

In fede

N.B. SI PREGA DI SCRIVERE IN MANIERA LEGGIBILE ED IN STAMPATELLO