

Al Responsabile dell'Ufficio Scolastico Provinciale di

C H I E T I

__I__ sottoscritt__ _____ nat__ a _____
il _____, trovandosi nella condizione di **lavoratore italiano emigrato - congiunto
di lavoratore italiano emigrato**, chiede ai sensi **dell'art. 379 del D.L.vo 16.4.1994, n. 297**,
l'equipollenza al diploma di _____
_____italiano del seguente titolo di studio finale straniero

_____conseguito nell'a.s. _____
presso _____.

__I__ sottoscritt__ dichiara sotto la propria responsabilità:

- che in ordine al precitato titolo di studio straniero non è stata conseguita equipollenza con altro titolo di studio italiano né è stata o sarà presentata domanda di equipollenza ad altro U.S.P.;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana;
- di aver trascorso all'estero in qualità di lavoratore italiano emigrato - congiunto di lavoratore italiano emigrato - i seguenti periodi: dal _____ al _____;
- di avere la seguente residenza _____
_____ (Tel. _____/_____) alla
quale desidera ricevere le comunicazioni relative alla domanda.-

Data, _____

F i r m a
