

il / la sottoscritto /a _____
nato/a a _____ il _____ di cittadinanza _____
residente a _____ via _____ n. _____ cap _____
telefono _____ email _____
titolo di studio _____
rilasciato da (Indicare l'Istituto che lo ha rilasciato) _____ in data _____

chiede l'equipollenza

del proprio titolo di studio straniero con il seguente titolo di studio italiano (indicare il titolo di studio italiano richiesto) _____

a tal fine allega copia della seguente documentazione sotto elencata (nelle righe indicare i documenti presentati):

1. **titolo di studio tradotto in lingua italiana – fotocopia autenticata**
(la traduzione deve essere certificata dall'autorità diplomatica o consolare italiana o da un traduttore ufficiale o dalla rappresentanza diplomatica o consolare in Italia del Paese di provenienza);

2. **programmi delle materie oggetto dei corsi di studio – fotocopia autenticata**, distinti per anni scolastici, rilasciati dalla scuola frequentata, accompagnati dalla traduzione giurata in lingua italiana;

3. **dichiarazione di valore – fotocopia autenticata** rilasciata dall'autorità diplomatica o consolare italiana nel paese di provenienza;

4. **eventuale documentazione – fotocopia autenticata** idonea a provare la conoscenza della lingua italiana ai fini dell'esenzione dalla prova integrativa di italiano:

- attestato di frequenza di corsi di lingua italiana
- certificazione di prestazioni lavorative presso istituzioni o aziende italiane che dichiarino l'uso della lingua italiana durante il lavoro;

5. **fotocopia del documento d'identità e del codice fiscale;**

6. **eventuale ulteriore documentazione**

LA DOMANDA ANDRA' CORREDATA DI MARCA DA BOLLO DEL VALORE DI € 16,00 PER I DIPLOMI D'ISTRUZIONE DI 2° GRADO, IN CARTA SEMPLICE PER I DIPLOMI D'ISTRUZIONE DI 1° GRADO (DPR 26 OTTOBRE 1972 N. 642).

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CHE - IN ORDINE AL PRECITATO TITOLO DI STUDIO STRANIERO, NON È GIÀ STATA CONSEGUITA EQUIPOLLENZA CON ALTRO TITOLO DI STUDIO ITALIANO, NÉ È STATO O SARÀ PRESENTATA DOMANDA DI EQUIPOLLENZA AD ALTRO UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE

Data _____

Firma _____