



**AL DIRETTORE DEL CONSERVATORIO DI MUSICA
"G. VERDI" DI MILANO**

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

matr. N. _____ Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

tel./cell. _____ mail _____

RICHIEDE

Il rilascio del Certificato di MASTER

1° Livello

2° Livello

in _____

conseguito nell'A.A. _____ / _____

Milano, _____

Firma _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

1) Fotocopia di un documento di riconoscimento.

DA CONSEGNARE AL MOMENTO DEL RITIRO

1) Marca da bollo da €16.00