

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato /a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

che la copia semplice della documentazione medica relativa alla condizione di disabilità /DSA allegata alla domanda di ammissione ai Corsi di Laurea per le Professioni Sanitarie a.a. 2019/20 è conforme all'originale in proprio possesso.

Ancona, .....

**Il Dichiarante**

.....