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

Il/la sottoscritto/a

cognome_____nome_____

nato /a a _____ il _____

residente a _____prov._____

Indirizzo_____n._____cap_____

cell: _____e-mail:_____

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. n.445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

□ di non essere iscritto/a, in contemporaneità con la presente iscrizione, ad altro Corso di Studio di questa o altra Università italiana o estera o Istituzione Afam

□ di essere iscritto/a, in contemporaneità con la presente iscrizione, per l'a.a. _____

presso l'Università/Istituzione Afam _____

al _____ anno del seguente Corso di Studio:

□ Laurea in _____Classe _____

□ Laurea Magistrale/Ciclo unico in _____Classe _____

□ Master in _____

□ Dottorato in _____

□ Corso Afam in _____

□ Scuola di specializzazione:

medica in _____

non medica in _____

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre che la frequenza al suddetto corso è:

□ Obbligatoria □ Non obbligatoria □ Obbligatoria per le sole attività laboratoriali e di tirocinio

Il/la sottoscritto/a si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla contemporanea iscrizione in questa o altre Università italiane o estere.

Dichiara inoltre, ai fini dell'accesso ai benefici previsti in materia di diritto allo studio, di individuare come sede di riferimento quella afferente al corso di _____
presso l'Università di _____

Dichiaro di essere informato/a, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, ai sensi del D. lgs. 196/2003, così come modificato dal D. lgs. 101/2018, nonché dal GDPR – Regolamento UE 679/2016

…… **Firma**
(luogo e data)

……..