

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, in contemporaneità con la presente iscrizione, ad altro Corso di Studio di questa o altra Università italiana o estera

di essere iscritto, in contemporaneità con la presente iscrizione, per l'a.a. \_\_\_\_\_  
presso l'Università di \_\_\_\_\_  
al \_\_\_\_\_ anno del seguente Corso di Studio:

Laurea in \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

Laurea Magistrale/Ciclo unico in \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

Master in \_\_\_\_\_

Dottorato in \_\_\_\_\_

Scuola di specializzazione:

medica in \_\_\_\_\_

non medica in \_\_\_\_\_

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

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

Il sottoscritto 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

.....  
(luogo e data)

**Il Dichiarante**

.....