

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

.....