DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

## CORSODI STUDI LM-41-LAUREA MAGISTRALE A CICLO UNICO IN MEDICINA E CHIRURGIA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

## (Art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La Sottoscritto/a , nato/a a , il , codice fiscale , matricola , consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all’art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, ai sensi e per gli effetti dell’art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità;

**DICHIARA**

* che le informazioni contenute nel *MODULO RICHIESTA RICONOSCIMENTO C.F.U.* allegato alla presente dichiarazione sono vere e corrispondono al vero;
* di essere consapevole della responsabilità penale in caso di dichiarazioni false.

**Alla presente si allega la seguente documentazione** \*:

| 1. |  |
| --- | --- |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |
| 8. |  |
| 9. |  |
| 10. |  |

\* **E’necessario allegare certificato di esami sostenuti e relative schede insegnamento.**

Il sottoscritto in merito al trattamento dei dati personali esprime il proprio consenso al trattamento degli stessi nel rispetto delle finalità e modalità di cui al d.lgs. n. 196/2003.

Luogo e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dello studente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_