

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.)

Il/la sottoscritto/a (cognome) (nome) _____

nato a (luogo) (prov.) _____ ()

_____ *il*

residente in (luogo) (prov.) (indirizzo) _____ () in Via_

_____ n. _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'**art.76 D.P.R. 445** del 28/12/2000

DICHIARA

di essersi immatricolato / iscritto in data _____ (con matr. N _____)

al corso

di essere iscritto nell'anno 2024 / 2025 al _____ anno del predetto corso di studi ☐ in corso ☐ fuori corso

PRESSO

(indicare denominazione dell'istituto/scuola / università / ente)

indirizzo e numero tel. / fax /e-mail

di aver sostenuto nel precedente anno, i seguenti esami:

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 445 / 2000, relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASL Sulcis Iglesiente, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

(Luogo, data) _____

Il Dichiarante _____

Il sottoscritto dichiara altresì di essere informato, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa secondo quanto stabilito dal D.lgs. . 196 /2003 e ss.mm.i i.

(Luogo, data) _____

Il Dichiarante _____