

**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 2025 / 2026 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** \_\_\_\_\_