



**Dipartimento di SCIENZE CHIRURGICHE E DIAGNOSTICHE INTEGRATE**

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI**

(art. 46 del D.P.R. n. 445/2000)\*

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 47 del D.P.R. n. 445/2000)\*

barrare il quadratino accanto alle dichiarazioni che interessano

Il sottoscritto

COGNOME \_\_\_\_\_

(per le donne indicare il cognome da nubile)

NOME \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_ SESSO \_\_\_\_\_

ATTUALMENTE RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA:

di possedere il seguente TITOLO DI STUDIO: \_\_\_\_\_

CONSEGUITO IL: \_\_\_\_\_

PRESSO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Leg.vo 30.6.2003, n.196, che i dati personali raccolti sono trattati dall'Università degli Studi di Genova ai sensi dei Regolamenti in materia, di cui ai DD.R.R. nn. 198 dell'11.7.2001 e 165 del 12.4.2006.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Il dichiarante \_\_\_\_\_

\* N.B.: le norme indicate sono applicabili ai cittadini italiani e ai cittadini dell'Unione Europea. Il presente modulo deve essere compilato con chiarezza e precisione. Per la conformità all'originale è necessario identificare il documento a cui il candidato si riferisce, in particolar modo se la dichiarazione è cumulativa.