



Università degli Studi "G. d'Annunzio"
CHIETI-PESCARA

**CONCORSO DI AMMISSIONE ALLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE IN
CHIRURGIA ORALE ó ODONTOIATRIA PEDIATRICA - ORTOGNATODONZIA
ANNO ACCADEMICO 2017/2018**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI/DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Artt.46 e 47 del DPR 445/2000)***

IL/LA SOTTOSCRITT....

Cognome.....Nome.....

Nat..... a..... Prov. il

residente a Prov.

Via n..... CAP.....

Stato (solo per studenti stranieri)

Domicilio (indicare solo se diverso dalla residenza)

codice fiscale cittadinanza

Tel. Cell. E-mail

in relazione alla partecipazione al concorso di ammissione alla Scuola di Specializzazione in

.....A.A. 2017/18

- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

- presa visione del bando ed accettate tutte le condizioni e prescrizioni in esso previste;

dichiara sotto la propria responsabilità:

- di essere in possesso del diploma di laurea (V.O.) in
conseguito, secondo l'ordinamento previgente al D.M. 509/1999 e succ. mod. ed int., in data
....., presso con la votazione finale
di/110 e di aver discusso la tesi dal titolo
.....

ovvero

- di essere in possesso della laurea specialistica classe in
..... o magistrale classe in
..... conseguita in data
presso con la votazione finale di
...../110 e di aver discusso la tesi dal titolo
.....
ai sensi degli ordinamenti didattici di cui ai DD.MM. nn. 509/99 e 270/2004 e succ. mod. ed int.

che per il conseguimento della laurea sopra indicato ha superato i seguenti esami nelle date e con i voti a fianco di ciascuno indicati:

Nr	Esame	SSD	CFU	data	voto

dichiara inoltre
(art. 47 del DPR 445/2000)

che le copie dei seguenti titoli valutabili allegati sono conformi agli originali:

.....
.....
.....
.....
.....

- che la copia della tesi allegata in forma elettronica è del tutto identica alla copia cartacea discussa in sede di laurea;

Allega:

- copia fronte/retro di un documento di riconoscimento valido

.....
(data)

.....
(firma)

* Le dichiarazioni di cui al presente modulo, se correttamente rese, hanno valore di autocertificazione/dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (ai sensi del DPR n. 445/2000 e successive modificazioni e integrazioni) del titolo di studio posseduto e dei titoli valutabili.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a

dichiara di aver preso visione dell'**informativa sul trattamento dei dati personali** di cui al Regolamento (UE) – GDPR - 2016/679 del 27 aprile 2016 e delle Linee Guida CODAU in materia di privacy e protezione dei dati personali in ambito universitario adottate e fatte proprie dall'Ateneo con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 119/2018 Prot. n. 26014, reperibili sul Portale di Ateneo all'indirizzo www.unich.it/privacy

Luogo e data **Firma**