**Allegato C**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

**(Art. 47 – D.P.R. 28.12.2000 n. 445)**

Al Preside della Facoltà di Medicina e Odontoiatria

Università di Roma "La Sapienza"

Viale Regina Elena, 324 - 00161 ROMA

Il/La sottoscritto/a...................................................................................................................... nato/a a………………………………………………………………………… (prov….....) il .......................... codice fiscale....................................................................

attualmente residente a............................................, via....................................... n................, cap.....................

ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, a conoscenza di quanto prescritto dall’art. 76 sulle sanzioni penali cui può andare incontro per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

Che le copie di tutti i documenti allegati alla presente domanda sono conformi ai relativi originali. Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 10 della legge n. 675/1996, che i dati personali saranno trattati, con strumenti cartacei e con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la seguente dichiarazione viene resa.

...............li..............

Il/La Dichiarante .......................................................

ALLEGARE FOTOCOPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITA’ FIRMATO