

Allegato C

Al Preside della Facoltà di Farmacia e Medicina
Università di Roma "La Sapienza"
Viale Regina Elena, 324 - 00161 ROMA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 – D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e ss.mm.ii.)**

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. Dichiaro 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.

Data.....

Firma del dichiarante

ALLEGARE FOTOCOPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITA' FIRMATO