**Allegato B**

Al Preside della Facoltà di Medicina e Odontoiatria

Università di Roma "La Sapienza"

Viale Regina Elena, 324 - 00161 ROMA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(ART. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e ss.mm.ii.)**

Il/La sottoscritto/a

codice fiscale n.

DICHIARA

Di essere nato/a a …………………… il ………………………., di essere residente in ……………….. alla via ………………………………….., di essere cittadino italiano,

di essere in possesso dei seguenti titoli valutabili ai fini della presente procedura di selezione:

* ………………………………………………………….
* ………………………………………………………….
* ………………………………………………………….
* ………………………………………………………….

Data..............................

Firma del dichiarante

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

Informativa ai sensi dell’art. 10 della l.31/12/1996 n.675: i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e, comunque, nell’ambito delle attività istituzionali dell’Università degli Studi di Roma “La Sapienza”, titolare del trattamento. Al Titolare competono i diritti di cui all’art.13 della l.675/96.

AVVERTENZE:

1. Il dichiarante è penalmente responsabile in caso di dichiarazione mendace (art.76 DPR 28/12/2000 n. 445)

2. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 DPR 28/12/2000 n. 445).