

**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.)**

La sottoscritta .....  
nata a Roma ..... codice fiscale .....  
.....  
attualmente residente a ..... via  
.....

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**