



## UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(artt. 19 e 47 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000)

**Il/La sottoscritto/a**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e dalle leggi speciali in materia****DICHIARA****Che la copia della certificazione medica prodotta è conforme all'originale*****Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs 196/2003:****i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.*

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*N.B.: La dichiarazione ai sensi della legge citata può essere rilasciata dai cittadini italiani, dai cittadini dell'Unione Europea e dai cittadini di Stati non appartenenti all'Unione Europea, autorizzati a soggiornare o regolarmente soggiornanti in Italia, con le limitazioni indicate all'art. 3 del D.P.R. 445/2000.*