



**UNIVERSITÀ  
DI PARMA**

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**

(D.P.R. 445/2000 - art. 46)

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

(D.P.R. 445/2000 - art. 47)

LA/IL SOTTOSCRITTA/O

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ tel. n. \_\_\_\_\_

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità

D I C H I A R A

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ .

La/Il sottoscritto/a è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996, i dati personali saranno trattati esclusivamente per le finalità di gestione della carriera.

Parma, \_\_\_\_\_

La/Il dichiarante

\_\_\_\_\_

N.B. La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà deve essere accompagnata da fotocopia di un documento di identità, in corso di validità.