

Autocertificazione esami sostenuti

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____ Residente a _____ Prov. _____
Indirizzo _____

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, come disciplinato dal D.P.R. 445 del 28/12/2000 art. 76.,

DICHIARA

di aver sostenuto i seguenti esami:

DENOMINAZIONE ESAME	S.S.D.	CFU	DATA

I DATI RICHIESTI DALL' UNIVERSITA' SONO RACCOLTI IN CONFORMITA' AL D.LGS. 30 GIUGNO 2003, N. 196 E AL

DENOMINAZIONE ESAME	S.S.D.	CFU	DATA

Letta l'[informativa](#), autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Luogo e Data _____ Firma _____