**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

(Art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) via./p.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritto al \_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno incorso/fuori corso del CdLM in Medicina e Chirurgia, Matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole che, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

**DICHIARA\*:**

* **di stare svolgendo il tirocinio abilitante pre-laurea in Area Medica, Chirurgica e di Medicina Generale ai sensi del DM 58/2018 secondo la programmazione indicata**
* **di volere svolgere il tirocinio abilitante post-laurea ai sensi del DM 445/2001**

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi del D. lgs. 196/03 e del GDPR (reg UE 2016/679), che i dati sopra riportati verranno utilizzati nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

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

\* cancellare l’opzione non scelta