# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA'

**AVVISO PER LA PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE TRASFERIMENTO AD ANNI SUCCESSIVI AL PRIMO DEI CORSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE IN LINGUA INGLESE**
**A.A. 2019-2020**

(DPR 28 DICEMBRE 2000, N. 445, ART. 46 E SEG.)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____PROV._____ IL_____

RESIDENTE IN VIA_____N._____

CITTÀ_____PROV._____CAP_____

TELEFONO_____CELLULARE_____

E-MAIL_____

CONSAPEVOLE CHE CHIUNQUE RILASCIA DICHIARAZIONI MENDACI È PUNITO AI SENSI DEL CODICE PENALE E DELLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 75 E 76 DPR 445/2000

DICHIARA

DI ESSERE ISCRITTO/A AL _____ ANNO DI CORSO PER L'ANNO ACCADEMICO 2018/2019

PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI_____

AL CORSO DI LAUREA IN

- o Fisioterapia
- o Infermieristica
- o Ostetricia
- o Tecnico di Laboratorio Biomedico
- o Tecniche di radiologia medica per immagini e radioterapia
- o Altro corso ad accesso programmato _____

*Si prega di specificare il corso di laurea*

DICHIARA INOLTRE

DI ESSERSI IMMATRICOLATO/A IN DATA _____NELL'ANNO ACCADEMICO _____

DICHIARA ALTRESÌ

CHE ALLA DATA ODIERNA HA SUPERATO I SEGUENTI ESAMI RIPORTANDO LE SEGUENTI VOTAZIONI:

| DENOMINAZIONE ESAME | SETTORE SCIENTIFICO DISCIPLINARE | CFU | DATA | VOTO O GIUDIZIO | ANNO DI CORSO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| DENOMINAZIONE ESAME | SETTORE SCIENTIFICO DISCIPLINARE | CFU | DATA | VOTO O GIUDIZIO | ANNO DI CORSO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

TOTALE CFU: _____

E DEI SEGUENTI TIROCINI:

| TIROCINIO IN | N° ORE | CFU | DATA | VOTO O GIUDIZIO | ANNO DI CORSO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

TOTALE CFU TIROCINIO:_____

CONSAPEVOLE CHE CHIUNQUE RILASCIA DICHIARAZIONI MENDACI È PUNITO AI SENSI DEL CODICE PENALE E DELLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 75 E 76 DPR 445/2000

Luogo e data _____

Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

_____