



**Dichiarazione sostitutiva di certificazione
Selezione per iscrizioni ad anni successivi al primo
CORSI DI LAUREA TRIENNALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE
Studentesse e studenti iscritte/i o laureate/i presso atenei ITALIANI**

ATTENZIONE: la presente dichiarazione sostitutiva deve essere compilata obbligatoriamente in ogni sua parte.

**Alla Magnifica Rettrice
dell'Università degli Studi di Ferrara**

Io sottoscritta/o

nata/o a

il _____ cittadinanza _____

• iscritta/o al corso di laurea in _____ presso _____

l'Università di _____

• laureata/o in _____ presso _____

l'Università di _____

preso atto di quanto indicato nel bando per l'iscrizione ad anni successivi al primo dei corsi di laurea delle Professioni sanitarie presso l'Università degli Studi di Ferrara e pubblicato in internet alla pagina:

<http://www.unife.it/it/iscriviti/trasferirsi/programmato>

avvalendomi delle disposizioni di cui al **D.P.R. n. 445/2000**, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia ed incorre, altresì, nella decadenza automatica da ogni beneficio eventualmente maturato,

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ CHE

➤ sono iscritta/o nell'a.a. **20** / al _____ anno- qualifica: Regolare / Ripetente / Fuori corso

del corso di laurea in _____ classe _____ presso l'Università degli Studi

di _____

➤ sono stato iscritta/o nei precedenti anni accademici ai seguenti anni di corso:

Anno di corso	Qualifica	Anno Accademico	Ateneo
	<input type="checkbox"/> Regolare / <input type="checkbox"/> Ripetente / <input type="checkbox"/> Fuori corso		
	<input type="checkbox"/> Regolare / <input type="checkbox"/> Ripetente / <input type="checkbox"/> Fuori corso		
	<input type="checkbox"/> Regolare / <input type="checkbox"/> Ripetente / <input type="checkbox"/> Fuori corso		
	<input type="checkbox"/> Regolare / <input type="checkbox"/> Ripetente / <input type="checkbox"/> Fuori corso		
	<input type="checkbox"/> Regolare / <input type="checkbox"/> Ripetente / <input type="checkbox"/> Fuori corso		
	<input type="checkbox"/> Regolare / <input type="checkbox"/> Ripetente / <input type="checkbox"/> Fuori corso		

➤ ho maturato in totale n. **CREDITI FORMATIVI** (*Attenzione, il credito formativo matura solamente dopo la registrazione ufficiale dell'esame: non sono validi esami parziali e/o moduli*);

➤ ho seguito i sotto indicati insegnamenti superando i relativi esami di profitto nelle date e con le votazioni a fianco indicate espresse in trentesimi (*).

Insegnamento (indicare per ogni anno di corso anche gli insegnamenti previsti dal piano di studi e dei quali non è stato sostenuto l'esame)	Anno in cui è previsto dal piano studio	Frequenza ottenuta o non ottenuta SI / NO	Voto	Data	CFU	Settore Scient. Discipl. (SSD)

DICHIARO INOLTRE

- di essere a conoscenza che **l'Università verificherà la veridicità di quanto da me dichiarato**, e che in caso di dichiarazioni false o inesatte, ferme restando le responsabilità penali, **non sarà consentita la correzione e decadrò automaticamente dal diritto al trasferimento e all'iscrizione e dagli ulteriori eventuali benefici;**

- di autorizzare l'invio di comunicazioni tramite posta elettronica.

Residenza: via _____ n. _____ C.A.P. _____

Comune _____ prov. _____ Frazione _____

Indirizzo e-mail _____

(è obbligatorio indicarlo per la comunicazione dei risultati)

Tel. fisso _____

Tel. cellulare _____

Luogo e data _____

Nome e cognome del/la dichiarante _____