

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – senza autentica di sottoscrizione

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

nato/a a _____ Provincia _____ il ____|____|____|

residente a _____ Provincia _____

in via/piazza _____ n. _____

Codice fiscale ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che io/la studente/studentessa (nome e cognome) _____

Università e Matricola _____

Ha svolto tirocinio prelaurea/ stage presso la Farmacia _____

Tutor (nome e cognome) _____

Nel periodo (indicare esattamente dal/al) _____

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data e Firma leggibile

N.B. Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, o sottoscritta **e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità** del dichiarante all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

L'Amministrazione si riserva di effettuare dei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 11, comma 1, D.P.R. 403/98)