



SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DELL'AREA MEDICO-CHIRURGICA

Modulo C

Dipartimento di Area Medica
Scuole di Specializzazione dell'area medico-
chirurgica
Via Colugna, 50 - 33100 Udine

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)**

La sottoscritta _____, nat_ a _____

il _____ residente a _____ via/piazza

_____ n.____, consapevole delle sanzioni penali previste per il

caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

DICHIARA

che il giorno _____, nel Comune di _____ è nat_ il/la propri_ figli_

di nome _____

(Luogo e data)

FATTO, LETTO E SOTTOSCRITTO

(firma per esteso del dichiarante)

SI RIPRODUCE IN CARTA SEMPLICE

Ai sensi del comma 1 art.75 DPR 445/00 qualora dal controllo effettuato risulti la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. n. 196/2003: i dati sopraelencati sono previsti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale vengono richiesti e sono utilizzati esclusivamente per tale scopo.