



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI

**AREA DIDATTICA, ORIENTAMENTO E SERVIZI AGLI STUDENTI
UFFICIO ALTA FORMAZIONE**

AUTOCERTIFICAZIONE CONCERNENTE L'ISCRIZIONE AD UNA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA MEDICA

l/ sottoscritt_ _____ nat_ il _____ a _____ residente in _____
C.A.P. _____ città _____ - tel. _____
_____, indirizzo di posta elettronica _____ - codice fiscale _____
_____ - ammess_ al Corso di Dottorato di ricerca in _____
_____ - ciclo XXXVIII con sede amministrativa presso l'Università degli Studi di Sassari, allo scopo di perfezionare l'immatricolazione al Corso di Dottorato di ricerca,

DICHIARA

Di essere iscritt_ alla Scuola di Specializzazione di area medica in _____

Con sede amministrativa presso l'Università _____ con sede di frequenza presso l'Università degli Studi di Sassari.

Dichiaro, infine, di essere consapevole che, ai sensi del D.Lgs. 196/03, i dati personali raccolti saranno utilizzati dall'Amministrazione universitaria solo per i fini istituzionali e che, in particolare, gli competono i diritti di cui all'articolo 7 del citato decreto legislativo.

(data)

(firma leggibile da apporre per esteso)