



**AREA DIDATTICA 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 XL 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)