



AREA DIDATTICA E SERVIZI AGLI STUDENTI

UFFICIO ALTA FORMAZIONE

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

__l/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 XLI 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 Regolamento (UE) 2016/679, 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 13 del citato Regolamento.

(data)

(firma leggibile da apporre per esteso)