



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI

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

AUTOCERTIFICAZIONE CONCERNENTE L'ISCRIZIONE ALL'ULTIMO ANNO DI 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 _____ anno del Corso di Dottorato di ricerca in
_____ - ciclo XXXV 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_ all'ultimo anno della 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)