

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETÀ

(artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000).

Io sottoscritto/a

Nato/a a (prov.) il

Residente a (prov.) in via n.

Recapito telefonico

Codice fiscale

Numero matricola (solo per studenti/esse già immatricolati/e)

Sotto la mia responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi (art. 76 DPR n. 445/2000)

dichiaro

(barrare con una **X** TUTTE le voci)

☐ CHE la copia della documentazione clinica attestante il disturbo specifico dell'apprendimento, rilasciata da una struttura del Sistema Sanitario Nazionale o da specialisti e strutture accreditati dallo stesso, caricata nella mia pagina personale di Esse3, è **conforme all'originale**;

☒ CHE quanto attestato nella documentazione clinica **non è stato revocato, sospeso o modificato e corrisponde al mio attuale stato di salute e alle mie competenze** (art. 4, comma 2, d.l. 9 febbraio 2012, n. 5).

☒ di aver preso visione dell'informativa privacy riportata sul sito www.unicam.it e di **fornire il mio consenso** al trattamento di particolari categorie di dati conferiti, riportati nella documentazione clinica.

Luogo e data

Firma

autentica e per esteso