

**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 le caselle interessate)

- CHE la copia del verbale di accertamento dell'**invalidità civile**, delle condizioni visive e della sordità con percentuale pari al ..... %, caricata nella mia pagina personale di Esse3, è conforme all'originale;
- CHE la copia del verbale di accertamento ai sensi della **L.104/92**, caricata nella mia pagina personale di Esse3, è conforme all'originale;
- CHE quanto attestato nella documentazione 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](http://www.unicam.it) e di **fornire il mio consenso** al trattamento di particolari categorie di dati conferiti, riportati nella documentazione medica.

Luogo e data .....

Firma .....

autentica e per esteso