

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 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