



UNIVERSITÀ  
DI SIENA  
1240

---

ALL. 2

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**artt. 19 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,

CF \_\_\_\_\_, consapevole delle responsabilità penali previste dagli artt.75 e 76 del d.p.r. 445/00 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

Che le seguenti copie sono conformi all'originale:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Siena, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del dichiarante)



UNIVERSITÀ  
DI SIENA  
1240

\_\_\_I\_\_\_ sottoscritt\_\_\_, ai sensi del d.lgs. 30 giugno 2003 n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" autorizza, esclusivamente ai fini del procedimento di selezione in parola, il trattamento dei dati personali forniti con le dichiarazioni sostitutive rese.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

La firma non deve essere autenticata

Spazio riservato a coloro che intendono fruire dei benefici previsti dall'art.20 della legge 5.2.1992, n.104

\_\_\_I\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ dichiara di essere portatore di handicap ai sensi dell'art.3 della legge 5.2.1992, n.104 e pertanto dichiara di avere necessità del seguente ausilio nel corso dello svolgimento delle prove: \_\_\_\_\_ e dei seguenti tempi aggiuntivi: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_