



UNIVERSITÀ DI SIENA 1240

UFFICIO MASTER E CORSI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI (articolo 46 DPR 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____
Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ Prov. (_____) il ____ / ____ / ____
Residente in via/piazza _____ n. _____
Comune _____ Prov. (_____) CAP _____
Tel. _____ cell. _____ e-mail _____ @ _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall' articolo 76 del Dpr 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti quanto segue:

- DIPLOMA** che consente l'accesso alla formazione universitaria ai sensi dell'art. 1 comma 10 della Legge n. 1 dell'8 gennaio 2002 (solo per le professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico sanitarie, tecniche della prevenzione) in _____
conseguito presso _____ in data _____ con voti ____
unitamente al diploma di maturità quinquennale _____ e che:
- abbia permesso l'iscrizione all'albo professionale _____
di _____
 - abbia permesso l'attività professionale in regime di lavoro di lavoro dipendente o autonomo.
 - sia previsto dalla normativa concorsuale del personale del Servizio sanitario nazionale o degli altri comparti del settore pubblico.

- DI ESSERE:**
- Iscritt_ all'Ordine/Albo/Collegio dei/degli _____
di _____ dal _____

- DI NON ESSERE:**
- ancora Iscritt_ all'Ordine/Albo/Collegio dei/degli _____
 - di _____ e prevedere l'iscrizione in data _____
(dopo l'iscrizione è necessario inviare una nuova dichiarazione alla mail master-corsi@unisi.it)

- DI AVER PARTECIPATO A:**
- Corso Base per Mediatore - presso _____ il _____

- ALTRE DICHIARAZIONI:**
- _____

Siena ____ / ____ / _____

Firma leggibile _____