DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI

( art.46 D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( cognome) (nome)

nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(luogo) (prov)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_) in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_

(luogo) (prov) ( indirizzo)

**consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 DEL 28 Dicembre 2000**

**D I C H I A R A**

**di possedere il seguente titolo di studio:**

**Diploma di Liceo Classico/Scienze Umane , conseguito nell'a.s. 20\_\_\_/20\_\_\_ presso il Liceo Classico Statale/ Scienze Umane "F. Durante" di Frattamaggiore (NA), a seguito di Esame di Stato conclusivo (esame di maturità)**

**di un corso ad indirizzo classico/scienze umane con il seguente voto\_\_\_\_/100**

**D I C H I A R A**

Inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

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

( Luogo, data)

\_\_L\_\_ DICHIARANTE

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

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonchè ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Si allega copia del documento di riconoscimento:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciata dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_