

AL MAGNIFICO RETTORE

AUTOCERTIFICAZIONE DI POSSESSO DEL DIPLOMA DI MATURITA'

Io sottoscritt__ (Cognome)_____ (Nome)_____

(N.B. Il nome dichiarato figurerà nella pergamena di laurea)

nat__ a _____ il ____/____/____

residente a _____ cap. _____ (Prov. _____),

in via _____ n. _____,

Tel. _____/_____/_____ Cellulare _____/_____

valendomi delle disposizioni di cui agli artt. 3 e 46 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole, ex art. 76, che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ed **incorre, altresì, nella decadenza dai benefici di cui all'art. 75**

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA'

di essere in possesso del titolo di scuola superiore secondaria

DIPLOMA DI MATURITA' _____

conseguito presso l'istituto:

_____ via _____ n. _____

cap. _____ Città _____ Tel. _____

nell'anno scolastico _____ con voto _____/_____

DICHIARO infine

di essere a conoscenza che, fermo restando le responsabilità penali, in caso di dichiarazioni false, decadrò automaticamente dal diritto d'iscrizione, sarà annullata la carriera scolastica, non avrò diritto al rimborso delle tasse d'iscrizione.

(Luogo e Data)

Firma _____
(Nome Cognome)

"Titolare del Trattamento è l'Università Telematica San Raffaele Roma. Informazioni più dettagliate sull'utilizzo dei dati personali e l'esercizio dei diritti ex art. 7 nell'informativa ex. Art 13 del D.lgs.196/03 disponibile anche sul sito **www.unisanraffaeleroma.gov.it**"