

**UFFICIO SEGRETERIA STUDENTI CDL PROFESSIONI SANITARIE
AUTOCERTIFICAZIONE CARRIERE PREGRESSE**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ CAP _____

in Via _____ n. _____

telefono _____ cell. _____ e-mail _____

premesso di aver presentato domanda di immatricolazione/iscrizione

al Corso di Laurea Triennale in: _____

al Corso di Laurea Magistrale in: _____

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, e s.m.i. consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero, sotto la propria responsabilità

di aver concluso la propria carriera Universitaria presso l'Ateneo _____
_____ al corso di Laurea in _____

In data _____

Con :

- rinuncia
- decadenza
- sospensione
- trasferimento

e di non trovarsi in una situazione tale da determinare con l'iscrizione stessa la violazione del divieto espresso dall'art. 142 del T.U. (contemporanea iscrizione a più corsi di studio universitari).

FIRMA

NAPOLI
