

Allegato n.2

**MASTER UNIVERSITARIO DI PRIMO LIVELLO
"L'IGIENISTA DENTALE E IL MANAGEMENT
DELLA SALUTE ORALE DEI PAZIENTI SPECIAL NEEDS"
(ANNO ACCADEMICO 2023/2024)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)**

__L__ SOTTOSCRITT _____

NAT __A__ _____ PROV. _____ IL _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ PROV. _____

INDIRIZZO _____ N. _____ CAP _____

N.TEL. _____ MATRICOLA _____

CATEGORIA _____ POSIZIONE ECONOMICA _____

AREA _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n.445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di essere dipendente dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" (ovvero dell'A.O.U. della stessa Università) e di prestare servizio presso la seguente struttura/unità organizzativa _____

a decorrere dal _____ e per tutta la durata del Master.

Luogo e Data

Firma
