"PRENOTAZIONE POSTO CDL PROFESSIONI SANITARIE STUDENTI GIA' ISCRITTI AL SEMESTRE FILTRO",

Il Sottoscritto/a …… nato/a il ……/……/……..

a …… CF ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Residente in …… via ……

n° ……. -Tel …….….. mail ……...……

DICHIARA

Ai sensi degli art.. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole altresì che le dichiarazioni mendaci, in applicazione dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che comunque comportano la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

☐ Di essere iscritto al Semestre Filtro presso l'Università degli Studi di ……

…… ;

☐ Di essere vincitore di concorso presso l'UMG per il corso di Laurea in ……

……. nella graduatoria pubblicata il ..... ;

☐ Di essere vincitore di concorso presso l'UMG per il corso di Laurea in ……

……. nello scorrimento di graduatoria pubblicato il ..... ;

Dichiara inoltre di accettare le condizioni previste nel bando di ammissione ai corsi di laurea delle professioni sanitarie di cui al DR.1234/2025, art. 7., nonché di quanto previsto dai decreti ministeriali: D.M. n. 418/2025, D.M. n. 454/2025, DM 594/2025 e DM 586/2025.

Catanzaro …….

In Fede

……

PS. Allegare copia di un documento di identità in corso di validità debitamente firmato