



**Ufficio Segreteria Studenti CdL Professioni Sanitarie**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
CONSEGUIMENTO MATURITÀ**  
(ai sensi degli articoli 46 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), C.A.P. \_\_\_\_\_,  
in via \_\_\_\_\_,

**DICHIARA**

di aver conseguito il diploma di maturità \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_  
con sede a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
C.A.P. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
nell'a.s. \_\_\_\_\_ e di aver riportato la votazione di \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

Dichiara infine:

- ❖ di essere consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000;
- ❖ di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la dichiarazione è stata resa (art. 13 D.Lgs. 196/2003).

luogo e data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_