



Al Direttore del Dipartimento Multidisciplinare di
Specialità Medico- Chirurgiche e Odontoiatriche
Università degli studi della Campania Luigi
Vanvitelli

OGGETTO: Richiesta di concessione armadietto per il periodo accademico 20 ____ / 20 ____

Il sottoscritt _____

nat _ a _____ il _____

matr. _____, iscritto al _____ anno di corso di studio in:

- CdLM in ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA
- CdLM in MEDICINA E CHIRURGIA INTERATENEO
- CdLM in SCIENZE RIABILITATIVE
- CdL IGIENE DENTALE
- CdL in FISIOTERAPIA
- CdL IN ORTOTTICA E ASSISTENZA OFTALMOLOGICA

CHIEDE

che, per il periodo accademico 20____/20____, gli/le venga conferita l'assegnazione di un
armadietto per gli studenti. A tal fine, allega alla presente istanza, **dichiarazione sostitutiva dell'atto
di notorietà.**

Data _____

Firma

(firma autografa non autenticata)

Riservato all'Ufficio competente

*Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di componente
della Area Didattica del Dipartimento Multidisciplinare di Specialità Medico - Chirurgiche e
Odontoiatriche, attesta che la documentazione è stata presentata secondo le direttive poste dal
Regolamento per l'utilizzo degli armadietti da parte degli studenti iscritti al CCddLL afferenti.*

**RICHIESTA ACCETTATA CON ASSEGNAZIONE ARMADIETTO N. ____/ DONNE UOMINI
COLLOCATO PRESSO:**

- CdLM in ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA;
- CdLM in MEDICINA E CHIRURGIA INTERATENEO;
- CdLM in SCIENZE RIABILITATIVE;
- CdL IGIENE DENTALE;
- CdL in FISIOTERAPIA;
- CdL IN ORTOTTICA E ASSISTENZA OFTALMOLOGICA;

Il Funzionario dell'Ufficio accettante

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445)

__I__ sottoscritt _____
nat __ a _____ il _____
residente in _____
alla Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____
tel. _____ cell. _____
Codice Fiscale _____
Indirizzo e-mail _____

consapevole della responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o mendace o esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, e delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. del 28/12/2000, n. 455,

DICHIARA

di aver preso visione del Regolamento per l'utilizzo degli armadietti da parte degli studenti iscritto ai CCddLL afferenti al Dipartimento Multidisciplinare di Specialità Medico - Chirurgiche e Odontoiatriche, in tutta la sua interezza all'atto di sottoscrizione della documentazione presso l'Area Didattica del Dipartimento in data ____/____/____ e di essere consapevole di assumere tutte le responsabilità di buona tenuta dell'armadietto in esso contenute.

Allega alla presente copia di un documento di identità in corso di validità debitamente controfirmato.

Si autorizza il trattamento dei dati personali oggetto della presente dichiarazione ai sensi della normativa vigente in materia.

_____, li ____ / ____ / _____

(firma autografa non autenticata)

Ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 28 dicembre 2000 – n°445, non è richiesta l'autenticazione della sottoscrizione della domanda.