

Autocertificazione sostitutiva al certificato di abilitazione professionale

Il/la Sottoscritto/a, nato a.....
il....., residente in via.....n°.....
a....., c.a.p....., codice fiscale.....
Tel..... email.....

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28/12/2000 n°445, e successive modifiche ed integrazioni, la/il sottoscritta/o, consapevole delle sanzioni penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni non vere, di formazione o uso di atti falsi, previste agli art. 75-76 del citato D.P.R. n°445/2000,

DICHIARA

di AVER CONSEGUITO L'Abilitazione professionale presso la Facoltà di
Medicina Veterinaria dell'Università degli Studi di
..... in data

Di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 e del Regolamento (UE) 2016/679 e relativo GDPR che i dati personali raccolti saranno trattati , anche con strumenti informatici , esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Lucca,

Firma

.....

