

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_), il  
\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n° \_\_, C.A.P.:  
\_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, nel caso di  
dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.  
76 del D.P.R. n° 445/2000

### **D I C H I A R A** (*vedi seguente esempio*)

1. di essere in possesso dei seguenti titoli di studio: \_\_\_\_\_

*Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r.  
445/00, relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al  
provvedimento emanato qualora l'Azienda ASL di Cagliari, a seguito di  
controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente  
dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del d.lgs 196/03 accorda il consenso  
affinchè i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di  
comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di  
legge.*

data e firma