



**SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DELL'AREA MEDICO-CHIRURGICA**

**Modulo C**

Dipartimento di Area Medica  
Scuole di Specializzazione dell'area medico-  
chirurgica  
Via Colugna, 50 - 33100 Udine

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
(Art. 46 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)**

La sottoscritta \_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via/piazza  
\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali previste per il  
caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

**DICHIARA**

che il giorno \_\_\_\_\_, nel Comune di \_\_\_\_\_ è nat\_ il/la propri\_ figli\_  
di nome \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

**FATTO, LETTO E SOTTOSCRITTO**

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso del dichiarante)

SI RIPRODUCE IN CARTA SEMPLICE

*Ai sensi del comma 1 art.75 DPR 445/00 qualora dal controllo effettuato risulti la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.*

*Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. n. 196/2003: i dati sopraelencati sono previsti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale vengono richiesti e sono utilizzati esclusivamente per tale scopo.*