

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ (resa ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

AL Preside
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi del Molise

Il sottoscritto _____ non ha adempiuto agli obblighi di frequenza del corso
integrato di _____
nell'anno accademico ____/____

Corso Integrato	Modulo	Docente titolare dell'insegnamento	Tot. ore corso	Tot. ore frequ
	I-			
	II-			
	III-			
	IV-			
	V-			
	VI-			
Totale ore				
Totale %				

In relazione a quanto dichiarato fa istanza di essere ammesso a sostenere l'esame a seguito di attività di recupero stabilita dal Preside sentita la Commissione didattica e il/i docente/i titolare/i del/degli insegnamento/i.

___/___ sottoscritt___ dichiara di essere a conoscenza che, in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000, decade dai benefici eventualmente conseguenti ai provvedimenti emanati sulla base della dichiarazione non veritiera e in applicazione dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 chiunque rilasci dichiarazioni mendaci forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi vigenti in materia

Campobasso ____/____/____

Firma
