

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____

nato a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) in via _____
n° _____

iscritto al _____° anno del CdL in _____ con matr. n° _____

Indirizzo e-mail istituzionale _____@studenti.unicz.it

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA di essere

	Residente fuori regione Calabria e di non occupare le Residenze Universitarie (residenze Fondazione UMG)
	Residente in zona rossa
	In quarantena
	Positivo al COVID19
	Con familiari positivi al COVID19
	Studente in condizione di fragilità

**Indica con una X la tua situazione specifica*

Si allega alla presente copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____

Luogo _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

*La presente dichiarazione dovrà essere inviata mezzo indirizzo istituzionale a
comunicazione.scuolamed@unicz.it*