



**SETTORE CORSI POST LAUREAM (TFA-PAS/Master/Corsi di Perfezionamento/
Aggiornamento/Formazione)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE PER DOMANDA DUPLICATO
ATTESTATO/PERGAMENA PROVA FINALE
(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritto/a _____
matricola n. _____ codice fiscale: _____
telefono fisso: _____ cellulare _____
indirizzo di posta elettronica _____
Residenza: via _____
città _____ c.a.p. _____ prov. _____

consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite penalmente ai sensi dell'art. 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 e che codesta amministrazione effettuerà controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati

DICHIARA

- Che le proprie generalità **da riportare sul duplicato dell'attestato/ pergamena della prova finale** sono le seguenti:

Cognome: _____

Nome: _____

Luogo di nascita: _____ Provincia _____

Data di nascita: _____

- che ha conseguito, presso questa università:
 diploma di Master _____
 attestato di partecipazione al corso _____

CHIEDE

Il rilascio del duplicato della pergamena per il seguente motivo¹:

- Furto
 Smarrimento
 Distruzione
 Deterioramento

A tal fine allega²:

- Copia della denuncia resa alle autorità competenti o autocertificazione (in caso di furto o smarrimento);
 Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà e attestato o pergamena originale deteriorata/o (in caso di deterioramento);
 Ricevuta di versamento di € 80,00, eseguito tramite MAV/carta di credito.

Luogo e data

firma dello studente

¹ Barrare la casella che interessa

² Barrare la casella che interessa

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 23 D.LGS 196/2003

Il sottoscritto _____
dichiara di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30 Giugno 2003 n. 196 reperibile sul sito web di Ateneo all'indirizzo <http://www.unich.it> e, consapevole, in particolare, che il trattamento potrà riguardare anche quelli "idonei a rivelare lo stato di salute" di cui all'art. 4 comma 1 lett. d) di tale Decreto necessari all'erogazione dei benefici previsti dalla legge per le particolari categorie che vi hanno titolo nonché di quanto previsto dalla normativa italiana ed europea vigente in materia, acconsente al trattamento di quelli forniti secondo le finalità e con le modalità indicate nell'informativa medesima.

Firma leggibile. _____

_____ li _____
(luogo e data)