

Dichiarazione sostitutiva relativa al corso di laurea specialistica/magistrale STEM

Compilare a cura del/la studente/ssa nel caso di percorsi svolti in un'università pubblica.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. _____
il ____/____/____, residente in _____ n. _____ città _____
C.A.P. _____ Prov. _____ Stato _____ - codice fiscale _____

ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, e consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla legge, sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (artt. 75 e 76 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità,

DICHIARA CHE:

- È iscritto/a all'ultimo anno della laurea specialistica/magistrale in *(indicare il titolo del percorso formativo come risulta dal manifesto didattico)* _____
classe di laurea _____ per l'anno accademico _____
- Il percorso formativo si svolge presso l'Università di _____
Facoltà/Dipartimento _____ via/piazza _____
n° _____ CAP _____ città _____ Stato _____
- L'importo complessivo delle tasse universitarie¹ è pari a euro: _____
- Data inizio del percorso (avvio attività formative): ____/____/____
- Data fine del percorso (conseguimento titolo): ____/____/____
- Modalità di frequenza:
 - 100% in presenza
 - Mista - Fino al 30% a distanza
 - Mista - Tra il 30% e fino al 70% a distanza
 - Oltre il 70% a distanza

Luogo e data, _____ - ____/____/____

Firma dell'interessato/a
(autografa o digitale)

Allegati:

- fotocopia fronte/retro del documento di identità in corso di validità *(solo in caso di firma autografa e nell'ipotesi in cui non sia stata allegata alla Domanda di partecipazione).*

¹ Relative all'anno di riferimento

Certificazione relativa al corso di laurea specialistica/magistrale STEM

Compilare nel caso di percorsi svolti in un'università privata, a cura del responsabile o referente del percorso formativo.

L'allegato dovrà essere firmato digitalmente dal dichiarante o, in alternativa, con firma autografa su carta intestata o timbrata su ogni pagina. I campi contrassegnati da asterisco () sono obbligatori.*

Il/La sottoscritto/a* _____, in qualità di **Responsabile del percorso formativo** (indicare il titolo del percorso formativo come risulta dal manifesto didattico)*
_____ - Università* _____

Facoltà/Dipartimento* _____ città* _____
Stato* _____ tel/cell.* _____ e-mail/PEC* _____

(Compilare in alternativa alla sezione precedente)

Il/La sottoscritto/a* _____, in qualità di **Referente del percorso formativo** (indicare il titolo del percorso formativo come risulta dal manifesto didattico)*
_____ - Università* _____

Facoltà/Dipartimento* _____ città* _____
Stato* _____ tel/cell.* _____ e-mail/PEC* _____

DICHIARA CHE:

il/la Dottor/Dott.ssa* _____ nato/a a _____ Prov. _____
Codice fiscale _____

- È iscritto/a all'ultimo anno della laurea specialistica/magistrale in (indicare il titolo del percorso formativo come risulta dal manifesto didattico)* _____
classe di laurea* _____ per l'anno accademico* _____ / _____
- Il percorso formativo si svolge presso l'Università di* _____
Facoltà/Dipartimento* _____ via/piazza _____
n° _____ CAP _____ città* _____ Stato* _____
- L'importo complessivo delle tasse universitarie² è pari a euro*: _____
- Data inizio del percorso (avvio attività formative)*: ____ / ____ / ____
- Data fine del percorso (conseguimento titolo)*: ____ / ____ / ____
- Modalità di frequenza*:

_____ ² Relative all'anno di riferimento

- 100% in presenza
- Mista - Fino al 30% a distanza
- Mista - Tra il 30% e fino al 70% a distanza
- Oltre il 70% a distanza

Luogo e data, _____ - / / _____

Firma dell'interessato/a
(autografa o digitale)
