DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_

Chiede di partecipare alla Visita presso l’area marina protetta di Favignana

**Consapevole**

delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR 445/2000 per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci della perdita dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell’art. 75 del citato DPR

Sotto la personale responsabilità

**Dichiara**

Di essere iscritta al……anno del corso di laurea in scienze biologiche, attesto di rispettare i requisiti per la partecipazione alla visita didattica Area Marina Protetta di Favignana.

Anno iscrizione: …….

Di avere acquisito Numero CFU:

Di avere la media dei voti riportati:

Contatto telefonico:

Email:

numero di matricola:

Si allega copia documento di identità Firmato