

**(Allegato B3)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA'  
ISTANZA CAMBIO SEDE – TRASFERIMENTO 1° ANNO**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ CITTADINANZA \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

CONSAPEVOLE CHE CHIUNQUE RILASCI DICHIARAZIONI MENDACI E' PUNITO AI SENSI DEL CODICE PENALE E DELLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 75 E 76 DPR 445/2000

**DICHIARA**

- Di essere attualmente iscritto/a al 1° anno al Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria (LM/46) presso l'Ateneo \_\_\_\_\_
- Di aver sostenuto il test di ammissione in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ conseguendo il punteggio complessivo di \_\_\_\_\_
- Di risultare assegnatario di OFA nella/e materia/e \_\_\_\_\_
- Di aver preso visione e di accettare le previsioni contenute nell'art. 8 del D.R. 602 del 21/10/2024 « Bando di concorso per l'ammissione degli studenti comunitari ed equiparati al Corso di laurea a ciclo unico in Odontoiatria e Protesi Dentaria in lingua italiana A.A. 2024/2025 – Sede di Roma »

**A TAL FINE RICHIEDE**

Il cambio sede per l'iscrizione al 1° anno al Corso di Laurea magistrale a ciclo unico in Odontoiatria e Protesi Dentaria in lingua italiana presso la sede di Roma di UniCamillus per il seguente motivo : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del/la dichiarante  
(per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_

Si allega alla presente un documento d'identità in corso di validità