

(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