

All'Università Cattolica del Sacro Cuore  
Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli"  
Largo Francesco Vito, 1  
00168 ROMA

### DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELLA LEGGE 4 GENNAIO 1968 N. 15

\_ I \_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste, nel caso di dichiarazione mendace, dall'art. 26 della legge n. 15/1968 e sulla tutela dei dati personali ai sensi dell'art. 10 della legge n. 675/1996, sotto la propria responsabilità.

#### dichiara

di aver conseguito il Diploma di Maturità quinquennale \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
con voti \_\_\_\_\_.

di aver conseguito il diploma di Infermiere / ostetrica presso \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_. Gli esami di passaggio dell'anno di corso sono stati superati  
come segue:  
esame del 1° anno Voto \_\_\_\_\_  
esame del 2° anno Voto \_\_\_\_\_  
esame del 3° anno Voto \_\_\_\_\_

di avere una anzianità di Servizio di almeno 3 anni (da compilare solo per i Master che richiedono tale requisito). Tale attività è stata espletata presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

FIRMA (\*)

\_\_\_\_\_

Identificato mediante:

Carta d'identità/Passaporto/Patente n. \_\_\_\_\_ rilasciat da \_\_\_\_\_  
(Comune Questura)

di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_.

L'Addetto allo Sportello

-----

(\*) da sottoscrivere alla presenza dell'Addetto allo Sportello.

Se spedita deve essere allegata la fotocopia del documento d'identità