

**Master di II livello in “TRATTAMENTO TRANS-CATETERE DELLE CARDIOPATIE STRUTTURALI”**

**a.a. 2024/2025**

**AUTODICHIARAZIONE SPECIALIZZANDI**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono fisso: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000).

**DICHIARA**

di essere iscritto per l'a.a. \_\_\_\_/\_\_\_\_ al:

4° anno

5° anno

della Scuola di Specializzazione in:

Cardiochirurgia

Malattie dell'apparato cardiovascolare

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_