Università di Brescia
SMAE · School of Management and Advanced Education

Master di II livello in "TRATTAMENTO TRANS-CATETERE DELLE CARDIOPATIE STRUTTURALI"

A.A. 2026/2027

AUTODICHIARAZIONE SPECIALIZZANDI/E

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ 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/a per l'a.a. _____/_____ al:

☐ 4° anno

☐ 5° anno

della Scuola di Specializzazione in:

☐ Cardiochirurgia

☐ Malattie dell'apparato cardiovascolare

Data _____

Firma del/lla dichiarante

_____