

AUTOCERTIFICAZIONE

(art. 47 – D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____

Residente a _____ Via _____

Consapevole delle sanzioni penali e civili in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti (art.26 L.n. 15/68 e art.489 c.p.)

DICHIARA

di essere

Studente Universitario iscritto/a, per l'anno accademico 2023/2024,
all'Università degli Studi di _____ al _____ anno
del corso di Laurea in _____ matricola n° _____

Personale Docente Universitario

Personale tecnico-amministrativo Universitario

Altro (Art. 2 Statuto C.U.S.I.)

Studente non universitario

Atleta agonista CUS SALERNO

Esterno

DICHIARA ALTRESÌ

Che il certificato medico allegato alla pratica di tesseramento è stato rilasciato dal proprio:

Medico di medicina generale (relativamente ai suoi assistiti del SSN)

Medico specialista in medicina dello sport ovvero di medico della Federazione medico sportiva Italiana

Fisciano, ____/____/____

Firma
