



UNIVERSITÀ
di VERONA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 e 47 DPR n. 445 del 28 dicembre 2000)

Il sottoscritto

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____

NATO A _____ PROV. _____ IL _____

ATTUALMENTE RESIDENTE A _____ PROV _____

INDIRIZZO _____ CAP _____ TELEFONO _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000.

Dichiara, per l'iscrizione al Corso di Perfezionamento in **Infermieristica di famiglia e di comunità**

a.a. 2024/2025:

**Ai fini della riduzione della contribuzione di 500,00 € (importo da pagare 300,00 € + 16 di
marca da bollo)**

di essere infermiere dipendente APSS;

di non avere diritto ad alcuna riduzione.

Luogo e data _____

Il Dichiarante _____