



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA "A. GEMELLI"

Largo Francesco Vito, 1 – 00168 ROMA

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL'ART. 46 DEL D.P.R. 445 DEL 28/12/2000 E SUCCESSIVE  
INTEGRAZIONI E MODIFICAZIONI

\_\_ l \_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome)  
nat \_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(luogo di nascita) (Provincia)

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. richiamato nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e della decadenza dai benefici conseguiti prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R., sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

di essere residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(Città)

indirizzo di residenza \_\_\_\_\_  
(indirizzo, n. civico)

Roma, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_