

AUTOCERTIFICAZIONE DIPLOMA DI MATURITÀ

All'Ill.mo Direttore
dell'Istituto Superiore di Scienze Religiose Metropolitano
"San Michele Arcangelo" di Foggia

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ cap. _____
in via _____ n. _____
telefono _____ cell. _____
iscritto al Corso di _____
matricola _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:

di essere in possesso del:

- Diploma di Maturità di** _____
 Laurea Triennale in Scienze Religiose

conseguito nell'anno _____ presso l'Istituto _____
di _____ con voto _____

e di non trovarsi in una situazione tale da determinare con l'iscrizione stessa la violazione del divieto espresso dall'art. 142 del T.U. (contemporanea iscrizione a più corsi di studio universitari).

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30.6.2003, n. 196.

Foggia, _____

(Firma)