

# AUTOCERTIFICAZIONE

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/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 2019/2020,  
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

Territorio/convenzione \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_