AUTOCERTIFICAZIONE TITOLO DI STUDIO

(L.15/1998 – 127/1997 – D.P.R. 445/2000, art. 46 e 47 – L.183/2011, art.15)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il _____

residente a _____ Prov _____

via _____ n° _____

documento di identità (Carta identità/passaporto/patente) n°_____

rilasciata da _____ il _____

genitore di _____

nato/a a _____ (_____) il _____

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

DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a ha conseguito il diploma di **LICENZA MEDIA nell'a.s** _____**/**_____

presso l'Istituto _____

via/piazza _____n° _____di _____

in data _____ con il voto: _____/decimi

INFORMATIVA

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, all'art.13 del D.Leg.vo 196/2003, al Regolamento Ministeriale 7/12/2006 n.305 e all'art.13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Milano, _____ Il DICHIARANTE

_____

Allegare fotocopia del documento di identità del dichiarante.