



I DATI RICHIESTI DALL' ATENEIO SONO RACCOLTI IN CONFORMITÀ AL REGOLAMENTO (UE) N. 2016/679

AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. N. 445/2000

Richiesta di esonero dalla frequenza degli insegnamenti del Semestre Filtro per l'iscrizione al Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Protesi Dentaria

Il/La sottoscritto/a:

Cognome: **Nome:**

Nato/a a: **il:** **C.F.:**

Residente in: Via/Piazza **CAP:**

Comune: (Prov.) **Cellulare:**

Email:@edu.unifi.it

Matricola (se già assegnata):

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 del medesimo decreto),

- di essere regolarmente iscritto/a al Semestre Filtro per l'iscrizione al Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in:
 - Medicina e Chirurgia
 - Odontoiatria e Protesi Dentaria
- di aver assolto agli obblighi di frequenza previsti ai sensi dell'art. 10 c. 1 del D.M. 418 del 30/05/2025 e di voler, pertanto, richiedere l'esonero dalla frequenza obbligatoria per il/i seguente/i insegnamento/i:

<i>Denominazione insegnamento</i>	<i>Data di frequenza/Sostenimento della corrispondente prova d'esame</i>

Luogo e Data _____

Firma
