



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
(Resa ai sensi del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

**ALLA MAGNIFICA RETTRICE DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA**

Il/La sottoscritto/a ..... Matricola.....

Nato/a a ..... il .....

residente a ..... Prov ..... C.A.P.....

Via ..... Cell.....

Indirizzo mail privato .....

iscritto/a per l'a.a. .... al .....anno della Scuola di specializzazione in.....

.....  
consapevole delle responsabilità penali previste in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci  
(art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

**DICHIARA**

lo smarrimento     la distruzione     il deterioramento     il furto\*

del tesserino di riconoscimento universitario

**CHIEDE**

il rilascio di un nuovo tesserino di riconoscimento che comporta un costo copia a carico del medico  
in formazione specialistica pari ad euro 5,00.

Allega copia di un documento di identità.

Verona, li.....

.....  
(firma non autenticata)

\* In caso di furto allegare copia della denuncia

Il presente modulo deve essere inviato, esclusivamente in formato PDF, tramite e-mail istituzionale all'U.O. Segreteria Scuole di specializzazione (verrà caricato su Esse3 l'importo del contributo da pagare di 5,00 euro). Il badge va ritirato di persona dall'interessato o da altra persona munita di delega. Non si effettuano spedizioni