



UNIVERSITÀ  
di **VERONA**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(Art. 46 e 47 DPR n. 445 del 28 dicembre 2000)

Il sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
NATO A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  
IL \_\_\_\_\_ ATTUALMENTE RESIDENTE A \_\_\_\_\_  
PROV. \_\_\_\_\_ INDIRIZZO \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
TELEFONO \_\_\_\_\_

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

**ai fini della riduzione della contribuzione del Master in Fisioterapia neurologica a.a. 2025/2026  
dichiara:**

- di essere dipendente Aou di Verona;
- dichiara di essere dipendente della Fondazione Teresa Camplani (Casa di cura Domus Salutis) di Brescia.
- di non avere diritto alla riduzione

Luogo e data \_\_\_\_\_ Il Dichiarante \_\_\_\_\_