UNIVERSITÀ di VERONA | Direzione DIDATTICA E SERVIZI AGLI STUDENTI

Area Medicina

AUTOCERTIFICAZIONE SPID

IL SOTTOSCRITTO:

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Comune o Stato Estero di nascita_____(Prov.____) Data di nascita_____

Codice Fiscale: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Iscritto per l'a.a. 2025/2026 alla scuola di specializzazione in

_____

DICHIARA

di non essere ancora in possesso delle credenziali SPID e che si impegna a chiederne il rilascio entro il 1° novembre 2026 dandone successiva conferma all'U.O. Segreteria Scuole di specializzazione dell'Università degli Studi di Verona inviando il presente modulo all'indirizzo carriere.scuolespec@ateneo.univr.it

I dati della presente comunicazione saranno trattati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 al solo fine di assolvere gli adempimenti di natura obbligatoria posti in capo all'Università degli Studi di Verona.

Si allega copia del documento d'identità (non allegare se già presente negli allegati alla domanda di immatricolazione).

Verona, _____ _____

(Firma)