UNIVERSITÀ di VERONA | Direzione DIDATTICA E SERVIZI AGLI STUDENTI

Area Medicina

AUTOCERTIFICAZIONE SPID / CIE

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 essere in possesso delle credenziali SPID rilasciate dal Provider _____.

☐ di essere in possesso della Carta di Identità Elettronica abilitata ai servizi online, richiesta presso il comune di _____ .

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)