**AUTOCERTIFICAZIONE ADE**

**CdL Terapia Occupazionale**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto al \_\_\_\_\_ anno del CdL in Terapia Occupazionale, matricola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, che ha partecipato alle sottoelencate attività didattiche elettive:

1. Inserire il titolo, la data dell’ADE, il SSD e il Docente responsabile quando presenti, il numero di ore o il corrispettivo in CFU
2. Inserire il titolo, la data dell’ADE, il SSD e il Docente responsabile quando presenti, il numero di ore o il corrispettivo in CFU
3. Inserire il titolo, la data dell’ADE, il SSD e il Docente responsabile quando presenti, il numero di ore o il corrispettivo in CFU
4. Inserire il titolo, la data dell’ADE, il SSD e il Docente responsabile quando presenti, il numero di ore o il corrispettivo in CFU

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dello studente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_