



## 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. Titolo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

SSD \_\_\_\_\_ Docente \_\_\_\_\_ n. ore/CFU \_\_\_\_\_

2. Titolo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

SSD \_\_\_\_\_ Docente \_\_\_\_\_ n. ore/CFU \_\_\_\_\_

3. Titolo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

SSD \_\_\_\_\_ Docente \_\_\_\_\_ n. ore/CFU \_\_\_\_\_

4. Titolo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

SSD \_\_\_\_\_ Docente \_\_\_\_\_ n. ore/CFU \_\_\_\_\_

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

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