**CONTEMPORANEA ISCRIZIONE PRESSO DUE CORSI DI ISTRUZIONE SUPERIORE**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ex art. 46 del D.P.R. 445/2000**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a | Cognome | Nome |
| nato/a a | nato/a il |
| Codice Fiscale | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| residente in | nazione | città |
| provincia | CAP |
| indirizzo | numero civico |

|  |  |
| --- | --- |
| telefono |  |
| Indirizzo e-mail |  |

In relazione alla possibilità di iscrizione contemporanea presso due corsi di istruzione superiore di cui alla Legge 12 aprile 2022 n. 33 e successivi Decreti attuativi. Sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’articolo 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, consapevole delle condizioni di compatibilità tra i Corsi previste agli artt. 2 e 3 del D.M. 930/2022, consapevole che in caso di mancato rispetto delle stesse l’immatricolazione non sarà possibile o sarà annullata d’ufficio (se già effettuata):

**DICHIARA CHE ESSENDO GIA’ ISCRITTO**

|  |  |
| --- | --- |
| Dal giorno (specificare la data di immatricolazione): |  |

|  |  |
| --- | --- |
| al Corso di | □ Laurea □ Laurea Magistrale  □ Altro (specificare la tipologia del Corso): |
| in (specificare il nome del corso): |
| Appartenente alla Classe (specificare quale Classe): |
| Presso l’Università / Istituzione AFAM (specificare il nome dell’Ateneo / Istituzione AFAM): |
| Indirizzo dell’Università / Istituzione AFAM  Nazione:  Città:  Provincia:  Via e numero civico:  CAP: |

**DICHIARA DI AVERE PRESO ISCRIZIONE**

|  |  |
| --- | --- |
| Dal giorno (specificare la data di immatricolazione): |  |

|  |  |
| --- | --- |
| al Corso di | □ Laurea □ Laurea Magistrale  □ Altro (specificare la tipologia del Corso): |
| in (specificare il nome del corso): |
| Appartenente alla Classe (specificare quale Classe): |
| Presso l’Università / Istituzione AFAM (specificare il nome dell’Ateneo / Istituzione AFAM): |
| Indirizzo dell’Università / Istituzione AFAM  Nazione:  Città:  Provincia:  Via e numero civico:  CAP: |

**DICHIARA**

di essere in possesso dei requisiti necessari per l’iscrizione ad entrambi i Corsi sopraindicati;

|  |  |
| --- | --- |
| Di chiedere i benefici del Diritto allo Studio | 🞎 NO 🞎 SI e di eleggere quale riferimento per i benefici del Diritto allo Studio (specificare il nome dell’Ateneo / Istituzione AFAM (in caso di immatricolazioni effettuate in AA. differenti, è obbligatorio inserire il Corso di prima iscrizione) |

di essere consapevole che la presente Dichiarazione sostitutiva di certificazione dev’essere presentata presso entrambe le Università / istituzione AFAM di iscrizione;

di aver preso visione dell’Informativa all’utenza per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento EU 679/2016 (GDPR) reperite al link https://www.polimi.it/privacy.

**ALLEGA la copia di un documento di identità**;

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e data | Firma |