



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**  
(Resa ai sensi del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

**AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA**

Il/La sottoscritto/a ..... Matricola.....  
Nato/a a ..... il .....  
residente a ..... Prov ..... C.A.P.....  
Via ..... Cell.....  
Indirizzo mail privato .....  
iscritto/a per l'a.a. .... al .....anno della Scuola di specializzazione in.....  
.....

consapevole delle responsabilità penali previste in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci  
(art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

**DICHIARA**

lo smarrimento     la distruzione     il deterioramento     il furto\*

del tesserino di riconoscimento universitario

**CHIEDE**

il rilascio di un nuovo tesserino di riconoscimento che comporta un costo copia a carico del medico  
in formazione specialistica pari ad euro 5,00.

Allega copia di un documento di identità.

Verona, li.....

.....  
(firma non autenticata)

\* In caso di furto allegare copia della denuncia

Il presente modulo deve essere inviato, esclusivamente in formato PDF, tramite e-mail istituzionale alla propria U.O. Scuole di specializzazione (verrà caricato su Esse3 l'importo del contributo da pagare di 5,00 euro). Il badge va ritirato di persona dall'interessato o da altra persona munita di delega. Non si effettuano spedizioni