



AUTOCERTIFICAZIONE SPID

IL SOTTOSCRITTO:

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Comune o Stato Estero di nascita _____ (Prov. _____) Data di nascita _____

Codice Fiscale:

Iscritto per l'a.a. 2019/2020 alla scuola di specializzazione in

DICHIARA

di essere in possesso delle credenziali SPID rilasciate dal Provider _____.

di non essere ancora in possesso delle credenziali SPID e che si impegna a chiederne il rilascio entro il 29 dicembre 2020 dandone successiva conferma all'U.O. Scuole di Specializzazione d'area medica ed esami di stato dell'Università degli Studi di Verona inviando il presente modulo all'indirizzo carriere.scuolespec@ateneo.univr.it

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, _____