

**ALL. 2 DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA AL POSSESSO DEI REQUISITI PER LA PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA DI RIASSEGNAZIONE DEI POSTI**

**Al Magnifico Rettore  
dell'Università del Piemonte Orientale**

La/Il sottoscritta/o

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

LUOGO E STATO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CITTA DI RESIDENZA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

E MAIL \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

**Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000,**

**DICHIARA**

- di aver superato presso l'Università di \_\_\_\_\_ la prova di ammissione per l'a.a. 2025/2026 ai corsi di laurea appartenenti alle Professioni sanitarie con il seguente punteggio \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito i seguenti punteggi nelle singole materie:
  - Biologia \_\_\_\_\_
  - Chimica \_\_\_\_\_
  - Fisica e Matematica \_\_\_\_\_
  - Ragionamento logico e problemi \_\_\_\_\_
  - Competenze di lettura e conoscenze acquisite negli studi \_\_\_\_\_

Luogo e data

---

Firma

---

***ALLEGARE LA COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'***