

# AUTOCERTIFICAZIONE DIPLOMA DI MATURITÀ

All'Ill.mo Direttore  
dell'Istituto Superiore di Scienze Religiose Metropolitano  
"San Michele Arcangelo" di Foggia

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
iscritto al Corso di \_\_\_\_\_  
matricola \_\_\_\_\_

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero,

## DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:

di essere in possesso del:

- Diploma di Maturità di** \_\_\_\_\_  
 **Laurea Triennale in Scienze Religiose**

conseguito nell'anno \_\_\_\_\_ presso l'Istituto \_\_\_\_\_  
di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

**e di non trovarsi in una situazione tale da determinare con l'iscrizione stessa la violazione del divieto espresso dall'art. 142 del T.U. (contemporanea iscrizione a più corsi di studio universitari).**

**Il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30.6.2003, n. 196.**

Foggia, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma)