

ARCHIVIO DI STATO DI ROMA

SCUOLA DI ARCHIVISTICA, PALEOGRAFIA E DIPLOMATICA
AA. AA. 2021-2023

AUTOCERTIFICAZIONE DEL TITOLO DI STUDIO

Al Direttore dell'Archivio di Stato di Roma
Corso del Rinascimento, 40
00186 – ROMA

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il _____,
residente a _____ Via/Piazza _____,
c.a.p. _____, tel. _____, cellulare _____,
e-mail: _____, se diverso dalla residenza, indicare
altro recapito o domicilio: _____

Consapevole delle sanzioni, anche penali, conseguenti a una dichiarazione mendace, a norma dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di essere in possesso del seguente titolo di studio di scuola
secondaria superiore: _____ conseguito nell'anno _____
presso l'Istituto _____ Via/Piazza _____
_____ c.a.p. _____ Città _____

Dichiara di essere consapevole che il conferimento dei dati personali è obbligatorio ai fini dell'iscrizione ai corsi e che gli competono i diritti previsti dal D.Lgs. n. 196 del 30/6/2003 e ss.mm.ii. e dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e che i dati stessi possono essere trattati dall'Archivio di Stato di Roma esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali proprio delle PP.AA.

Roma, _____

(FIRMA)

_____ a)

a) la firma non è soggetta a autenticazione se l'istanza è trasmessa unitamente alla copia del documento d'identità.