





UNIVERSITÀ  
degli STUDI  
di CATANIA

Il/la sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 che tutti i dati riportati nella presente domanda corrispondono a verità.

Si allega:

**Copia documento di riconoscimento;**

---

---

---

---

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE

---

AREA DELLA DIDATTICA  
UFFICIO DIRITTO ALLO STUDIO

Piazza Bellini, 19 TEL. 095-7307214 / 7244 / 7248 FAX 095-317405  
e-mail: [uds@unict.it](mailto:uds@unict.it)