

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Chiede di partecipare alla visita didattica presso la **“Foce del Belice e Parco archeologico di Selinunte”**

**Consapevole**

delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR 445/2000 per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci della perdita dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell’art. 75 del citato DPR.

Sotto la personale responsabilità

**Dichiaro/A**

Di essere iscritta/o al \_\_\_\_\_ anno del Corso di Laurea in Scienze Biologiche, attesto di rispettare i requisiti per la partecipazione alla visita didattica presso la **“Foce del Belice e il Parco archeologico di Selinunte”**.

Anno iscrizione: \_\_\_\_\_

Di avere acquisito Numero CFU: \_\_\_\_\_

Di avere la media dei voti riportati: \_\_\_\_\_

Contatto telefonico: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Numero di matricola: \_\_\_\_\_

Si allega copia documento di identità

Firmato