Il/La sottoscritto/a:  
**Nome**: ....................................................................................  
**Cognome**: .............................................................................  
**Nato/a a**: ...................................................... il .....................  
**Codice Fiscale**: .....................................................................

**DICHIARA**

di essere:

☐ residente nel territorio della Regione Emilia-Romagna

oppure

☐ domiciliato/a nel territorio della Regione Emilia-Romagna

oppure

☐ regolarmente iscritto/a per l’anno accademico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso il seguente Ateneo/Istituto AFAM con sede nella Regione Emilia-Romagna:  
Denominazione: .............................................................................................  
Corso di studio: ..............................................................................................

**Consapevole delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 76 del D.P.R. 445/2000).**

Luogo e data: ............................................

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_