

**Master di I livello in “I DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO: INTERVENTI NATURALISTICI  
COMPORTAMENTALI EVOLUTIVI”  
a.a. 2025/2026**

**AUTODICHIARAZIONE  
riservata al personale individuato dalle ASST/Fondazioni IRCCS  
della Regione Lombardia**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono fisso: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000).

**DICHIARA**

che la propria candidatura all'iscrizione al Master è stata segnalata dalla ASST/Fondazione IRCCS della Regione Lombardia:

(indicare nello spazio sottostante la ASST/Fondazione IRCCS di appartenenza):

ASST/Fondazione IRCCS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_