

**Modello 3/P**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE CORSO DI  
LAUREA/MILITARE/TIROCCINIO AD USO RISCATTO A CURA DEI SUPERSTITI**

*(D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, art. 46, s.m.i.)*

**(ATTENZIONE: PER LA VALIDITA' DELL'AUTOCERTIFICAZIONE TUTTI I CAMPI  
DEVONO ESSERE COMPILATI)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_| a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

C.F.: \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

prov. (\_\_\_\_) indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**in qualità di superstite** del/della Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 s.m.i, e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi dell'articolo 46 e seguenti del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.,

**D I C H I A R A**

**(barrare la condizione per la quale si presenta la dichiarazione sostitutiva)**

**Laurea – vecchio ordinamento**

che il/la defunto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ sopra indicato/a è stato/a  
immatricolato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_| nell'anno accademico \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_| al corso di  
laurea in \_\_\_\_\_  
dell'Università \_\_\_\_\_  
sita in \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)  
indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_,  
e che la durata del corso legale di laurea è di \_\_\_\_| anni e che ha conseguito la laurea in data  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_|;

**Laurea triennale – nuovo ordinamento**

che il/la defunto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ sopra indicato/a è stato/a  
immatricolato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_| nell'anno accademico \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_| al corso di  
laurea in \_\_\_\_\_  
dell'Università \_\_\_\_\_  
sita in \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)  
indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_,  
e che la durata del corso legale di laurea è di \_\_\_\_| anni e che ha conseguito la laurea in data  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_|;

**Laurea magistrale o specialistica – nuovo ordinamento**

che il/la defunto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ sopra indicato/a è stato/a immatricolato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ nell'anno accademico \_\_\_\_/\_\_\_\_ al corso di laurea in \_\_\_\_\_ dell'Università \_\_\_\_\_ sita in \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_, e che la durata del corso legale di laurea è di \_\_\_\_ anni e che ha conseguito la laurea in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

che il defunto Dott. \_\_\_\_\_ sopra indicato ha prestato **servizio militare** dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ sito in \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_;

che il defunto Dott. \_\_\_\_\_ sopra indicato ha prestato **servizio civile sostitutivo** dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso il seguente ente pubblico \_\_\_\_\_ sito in \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_;

che il/la defunto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ sopra indicato/a ha compiuto il  **tirocinio professionale**  dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - sezione \_\_\_\_ - presso l'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di \_\_\_\_\_ sito in \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_;

- di essere a conoscenza di quanto previsto dagli artt. 71 e seguenti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.,

e pertanto AUTORIZZA il Responsabile del procedimento alla richiesta, visione ed acquisizione della documentazione necessaria ai controlli circa la veridicità delle dichiarazioni rese presso le relative Amministrazioni certificanti ai sensi dell'articolo 71, comma 4, del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.,

e a tal fine,

- dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento europeo UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., in materia di protezione dei dati personali,

e, autorizza la CNPADC a trattare i dati personali raccolti tramite la presente dichiarazione, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
*(per esteso e leggibile)*

**È indispensabile allegare copia del documento d'identità in corso di validità del dichiarante**

**ATTENZIONE**

**Modello 3/P** - Dichiarazione sostitutiva di certificazione corso di laurea/militare/tirocinio professionale ad uso riscatto a cura dei superstiti - **da utilizzare per:**

- Domanda di riscatto del corso legale di laurea a cura dei superstiti;
- Domanda di riscatto del servizio militare a cura dei superstiti;
- Domanda di riscatto del periodo di tirocinio professionale a cura dei superstiti.

Per firmare il modulo con Firma Digitale, occorre salvare il file, e sovrascriverlo, ogni qualvolta all'inserimento della Smart Card l'applicazione Adobe Acrobat ne farà richiesta. Una volta salvato il modulo con la firma digitale, si potrà provvedere all'invio tramite Posta Elettronica Certificata PEC.