



**Il/La sottoscritto/a dichiara, ai sensi del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, che quanto dichiarato è corrispondente a verità.**

Orbassano, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del richiedente)

---

**Verificato che le suddette ore richieste in pagamento sono state effettivamente svolte, si autorizza**

*Il Coordinatore*  
Dott.ssa Adriana COLOMBO

*Il Presidente*  
Prof. Luca OSTACOLI

---

*Spazio riservato al Corso di Studi in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica*