

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
CF _____ residente a _____ in
via _____ comune _____ provincia _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'

ai sensi delle disposizioni contenute nel DPR 28.12.2000 n.445

di essere in possesso del seguente titolo di studio _____,
conseguito in data _____, presso _____,
con voto _____/_____, di essere iscritto al corso abilitante/di specializzazione

presso _____

(data) _____

(firma) _____

(autocertificazione1)