

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art.46 DPR n° 445/00)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 DPR 445/00)

Il sottoscritto

Cognome.....(indicare il cognome da nubile) Nome.....
Codice Fiscale..... Nato a.....Prov.....
Il.....Sesso.....Attualmente residente a.....Prov.....
Indirizzo.....N°.....C.A.P.....N° Tel.....

Consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi di codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. n° 445 del 28 dicembre 2000.

DICHIARA

Di aver sostenuto in data/...../..... l'Esame di Maturità
presso l'Istituto
nel Comune di.....Prov. con la votazione di/.....

Di essere in possesso della Laurea in
conseguita nell'A. A. in data con votazione/.....
presso l'Università

Di aver superato l'Esame di Stato di Abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo
nella Sessione dell'anno presso l'Università

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del D.L. vo 196/03 per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Luogo e Data.....

Il Dichiarante

.....