

**AUTOCERTIFICAZIONE**  
**DI ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO PROFESSIONALE**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(art.46 DPR n° 445/00)

**IL SOTTOSCRITTO**

Cognome.....(indicare il cognome da nubile) Nome.....

Codice Fiscale..... Nato a.....Prov.....

Il.....Sesso.....Attualmente residente.....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 conseguito il titolo in Medicina e Chirurgia (Classe 46/s, classe delle lauree specialistiche in Medicina e Chirurgia/Classe LM 41, classe delle lauree magistrali in Medicina e Chirurgia) presso l'Università Vita-Salute San Raffaele in data \_\_\_\_\_ con la seguente votazione \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- di aver superato il tirocinio post lauream, come prescritto dall'articolo 2 del Decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca n. 445 del 2001, presso l'Università Vita-Salute San Raffaele con il seguente punteggio \_\_\_\_\_
- di essere abilitato all'esercizio della professione di Medico Chirurgo come previsto dall'art. 102 del DL n. 18 del 17/03/2020.

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.

Data.....

Il dichiarante

.....