Università degli Studi di Udine

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

l__ Sottoscritt__ dott. _____

nato a _____ ( ) il residente a _____ prov. ( )

via _____ n. _____ C.A.P. _____

Rec. telefonico _____ e –mail _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali comminate nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA AI SENSI DEL T.U. 445/2000

di avere conseguito la laurea in:

- ❑ laurea in medicina e chirurgia (ante riforma)
- ❑ laurea specialistica in medicina e chirurgia CL 46/S
- ❑ laurea magistrale in medicina e chirurgia CL LM-41.

il giorno _____con punti _____ presso l'Università di_____.

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs. n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Udine,_____

(*)_____

IL DICHIARANTE

(*) *Ai sensi dell'art. 38. D.P.R. 445 del 28.12.2000, la dichiarazione deve essere sottoscritta dal candidato in presenza dell'addetto all'accoglimento dell'istanza e qualora la stessa pervenga ai nostri uffici tramite terze persone, tramite fax o tramite posta, quindi già sottoscritta dal candidato, deve essere accompagnata dalla fotocopia di un valido documento d'identità del candidato.*

AREA SERVIZI AGLI STUDENTI
DIRITTO ALLO STUDIO E SERVIZI INTEGRATI
ESAMI DI STATO
RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO: dott. Francesco SAVONITTO
REFERENTE: Maria Pia Rosenwirth - pia.rosenwirth@uniud.it
Via Mantica, 3 - 33100 Udine (Italia) - +39 0432 556680 -93 - +39 0432 556699 fax – http://www.uniud.it/