

AUTOCERTIFICAZIONE TITOLO ABILITANTE

Il/la sottoscritt.. _____

Nato/a a: _____ prov. il _____

Codice fiscale _____ cittadinanza _____

Residente a: _____ prov. _____

Via _____ n. _____

- Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e di uso di atti falsi, incorrerò nelle pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia;
- Consapevole che decadrò, con effetto retroattivo, dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

DICHIARO

di aver superato presso l'Università degli Studi di: _____

l'esame di Laurea del titolo di Dottore in _____

in data _____ con punteggio _____

ovvero di aver conseguito altro titolo equipollente (specificare titolo, data ed ente di rilascio) _____

Data _____

Firma _____