# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art.46 T.U. – D.P.R. n.445 del 28/12/2000 e art. 15 Legge 183 12/11/2011)

Il sottoscritto ............................................................................................................................................................................................................

Nato a ...................................................................................... il..................................., C.F.: .....................................................................................

consapevole delle sanzioni penali di cui all’art.76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sotto espresso corrisponde al vero:

**DICHIARA DI:**

- di essersi laureato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e conseguito l’abilitazione in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_;

- di essere attualmente iscritto all’Albo professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Ordine provinciale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ con n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- di avere conseguito la specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_;

Data e Luogo

Il dichiarante

Allegata copia di valido documento di identità personale