



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA "A. GEMELLI"

Largo Francesco Vito, 1 – 00168 ROMA

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL'ART. 46 DEL D.P.R. 445 DEL 28/12/2000 E SUCCESSIVE
INTEGRAZIONI E MODIFICAZIONI

__ l __ sottoscritt _____

nat_ a _____ il _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. richiamato nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e della decadenza dai benefici conseguiti prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R., sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

- di aver conseguito il Diploma di Laurea in _____ presso
l'Università di _____ il _____
con voto _____/110 _____;
- di aver conseguito l'abilitazione alla professione di _____ presso
l'Università di _____ in data _____
- di essere iscritto/a all'Ordine _____ della Provincia di
_____ dal _____ con numero di
iscrizione _____

Roma, _____

FIRMA

Allegare la fotocopia del documento d'identità in corso di validità.