

## **Autocertificazione titolo di studio**

(ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, modificato e integrato dalla Legge 12/11/2011, n. 183)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ Provincia (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
tel. /cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali applicabili in caso di dichiarazioni mendaci e non veritiere che sono previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

ai sensi del degli artt. 3, 4, 5, 6 e 7 del D.M. 995 del 15.12.2017 e degli artt. 3, 4, 5, 6 e 7 del D.D.G. 85 del 01.02.2018, di essere in possesso del seguente titolo di specializzazione:

\_\_\_\_\_

conseguito in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

con la votazione di: \_\_\_\_\_

data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_