

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
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

Il sottoscritto (cognome enome) _____

Codice Fiscale _____ nato/a 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 di benefici conseguiti prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di aver conseguito il Diploma di Laurea in _____

presso l'Università _____ il ____/____/____

con voti ____/110 e _____

e di aver superato i seguenti esami:

	Esami Sostenuti	CFU	SSD	Voto	DATA
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					



17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					

Roma, ____/____/____

Firma
