

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
RESA AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000
TITOLI VALUTABILI CONCORSO AMMISSIONE SCUOLA DI
SPECIALIZZAZIONE IN FARMACIA OSPEDALIERA
A.A. 2016/2017**

**AL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE GIUDICATRICE CONCORSO SCUOLA DI
SPECIALIZZAZIONE IN
FARMACIA OSPEDALIERA
C/O DIREZIONE DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN FARMACIA OSPEDALIERA –
DIP. FARMACIA-SCIENZE DEL FARMACO CAMPUS UNIVERSITARIO –
VIA ORABONA 4 – 70100 BARI**

Il/la sottoscritto/a informato/a che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti, dichiara che i dati riguardanti la propria persona sono i seguenti:

Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

e-mail _____

Cittadinanza _____

Residenza _____

Domicilio _____

Dichiara altresì:

1) di essersi laureato/a presso l'Università degli Studi di _____

il _____ con voti _____;

2) di aver discusso la tesi di laurea in: _____

_____;

3) di aver superato i sottoindicati esami con la votazione a fianco di ciascuno di essi indicata (in alternativa è consentito allegare copia del certificato di laurea con esami superati e votazione).
