

DA SPEDIRE, ENTRO E NON OLTRE IL 10.11.2020, CON RACCOMANDATA A/R presso:

**SEGRETERIA-SEZIONE DI ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA - Azienda Ospedaliero Universitaria
Consortiale Policlinico - P.zza Giulio Cesare, 4 - 70124 Bari.**

Per l'autocertificazione dei titoli spedita con raccomandata A.R. farà fede il timbro postale di spedizione. Non saranno valutati i titoli spediti oltre il 10/11/2020 e quelli che, sebbene spediti entro la predetta data, perverranno alla Direzione della Scuola oltre il 12/11/2020.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE RESA AI SENSI DEL
D.P.R. 445/2000 TITOLI VALUTABILI CONCORSO AMMISSIONE SCUOLA DI
SPECIALIZZAZIONE IN _____**

Classi delle Specializzazioni in Odontoiatria, A.A. 2019/2020

**AL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE GIUDICATRICE CONCORSO SCUOLA DI
SPECIALIZZAZIONE IN _____**

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: _____

Per la tesi di laurea in discipline attinenti alla specializzazione allegare copia in formato cartaceo o CD-ROM;

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).

3)

pubblicazioni: _____

Allegato: copia fotostatica documento di riconoscimento in corso di validità

N.B. si fa presente che l'Università è tenuta a procedere ad idonei controlli, anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive.

Bari, _____

Firma dell'interessato
