

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____, residente in
_____ Via _____,

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalle normative vigenti per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. – D.P.R. n. 445 del 28.12.2000),

dichiara

- di aver conseguito il Master di ___ livello in: _____

- presso l'Università degli Studi di: _____

- in data _____ con voti _____

Foggia, _____

Il/La Dichiarante

.....

(firma per esteso e leggibile)

Spazio Riservato

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FOGGIA

Il sottoscritto _____ incaricato, attesta, ai sensi del D.P.R.
n. 445 del 28.12.2000 che il Dott. _____
identificato a mezzo di _____
ha sottoscritto in sua presenza la dichiarazione di cui sopra.

Foggia, _____

➤ Allegare fotocopia del documento di riconoscimento