

**UFFICIO SEGRETERIA STUDENTI CDL PROFESSIONI SANITARIE  
AUTOCERTIFICAZIONE DI CONSEGUIMENTO TITOLO ACCADEMICO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, e s.m.i. consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero, sotto la propria responsabilità

di essere in possesso della **LAUREA**

in \_\_\_\_\_

conseguita nell' A.A. \_\_\_\_/\_\_\_\_ presso L' Università \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **DI** \_\_\_\_\_

con voto \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**e di non trovarsi in una situazione tale da determinare con l'iscrizione stessa la violazione del divieto espresso dall'art. 142 del T.U. (contemporanea iscrizione a più corsi di studio universitari).**

**Il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30.6.2003, n. 196.**

**NAPOLI**

**FIRMA**

\_\_\_\_\_