



FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA "A. GEMELLI"

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

\_\_ l \_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome)

nat \_\_\_\_ 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 dai benefici conseguiti prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R., sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

- di dover conseguire
- di aver conseguito
- il Diploma di Laurea in \_\_\_\_\_ presso  
l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
con voto \_\_\_\_\_/110 \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito l'abilitazione alla professione\* \_\_\_\_\_ presso  
l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- di aver conseguito la Specializzazione\* in \_\_\_\_\_ presso  
l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
con voto \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

\* da compilare solo se richiesto come titolo di accesso al Master