



UNIVERSITA'  
CAMPUS  
BIO-MEDICO  
DI ROMA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
DI DIPLOMA DI LAUREA  
E DI DIPLOMA DI ABILITAZIONE PROFESSIONALE  
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

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

(cognome)

(nome)

nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

codice fiscale \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(luogo) (prov.)

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

CAP \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**D I C H I A R A**

di aver conseguito il diploma di laurea in .....

Presso l'Università .....

Via: ..... C.A.P. .... Città: .....  
(indicare esattamente l'indirizzo dell'Università)

nell'anno accademico ..... Con voto ...../.....  
(indicare il rapporto in cui il voto è espresso)

Data del conseguimento del titolo: .....



UNIVERSITA'  
CAMPUS  
BIO-MEDICO  
DI ROMA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
DI DIPLOMA DI LAUREA  
E DI DIPLOMA DI ABILITAZIONE PROFESSIONALE  
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

**D I C H I A R A**

di aver conseguito il diploma di abilitazione alla professione di medico-chirurgo presso l'Università

.....

Via: ..... C.A.P. .... Città: .....  
(indicare esattamente l'indirizzo dell'Università)

nell'anno ....., nella ..... sessione, con voto ...../.....  
(indicare il rapporto in cui il voto è espresso)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta o inviata, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Roma, .....

.....  
(firma)