

AUTOCERTIFICAZIONE

(D.P.R. 445 DEL 28.12.2000)

PER DOTTORANDI E SPECIALIZZANDI

Il sottoscritto Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| nato/a a _____
(provincia__) il ____/____/____, attualmente residente a _____
(provincia__) indirizzo _____ C.A.P. _____,
telefono _____ e-mail _____,

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000;

DICHIARA

- di essere iscritto presso l'Università degli Studi dell'Aquila al ____ anno del
☐ Corso di Dottorato in _____
☐ Scuola di Specializzazione in _____
- di aver conseguito in data _____ la Laurea di _____ livello in _____
_____ presso l'Università di _____
riportando la votazione _____, con una media di _____/trentesimi:

Luogo e data _____

Il dichiarante
