AUTOCERTIFICAZIONE

(D.P.R 445 DEL 28.12.2000)

PER DOTTORANDI E SPECIALIZZANDI

Il sottoscritto Cognome_____Nome_____Codice Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| nato 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

1. di essere iscritto presso l'Università degli Studi dell'Aquila al _____anno del
   - ☐ Corso di Dottorato in _____
   - ☐ Scuola di Specializzazione in _____

2. 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

_____