# 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**

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

_____