**Allegato B**

Al Preside della Facoltà di Farmacia e Medicina

Università di Roma "La Sapienza"

Viale Regina Elena, 324 - 00161 ROMA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(ART. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e ss.mm.ii.)**

Il/La sottoscritta

codice fiscale n.

DICHIARA

Di essere nato a …………………… il ……………………….,di essere residente in………………..alla via………………………………….., di essere cittadino italiano,

di essere in possesso dei seguenti titoli valutabili ai fini della presente procedura di selezione:

* …………………………….
* …………………………………………..
* ………………………………………………………….

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Data..............................

Firma del dichiarante

AVVERTENZE:

1. Il dichiarante è penalmente responsabile in caso di dichiarazione mendace (art.76 DPR 28/12/2000 n. 445)

2. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 DPR 28/12/2000 n. 445).