DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000)

Al Direttore del Dipartimento di Medicina Traslazionale e di Precisione

Il/La sottoscritt :

codice fiscale n.

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt.75 e 76 del D.P.R. n.445 del 28.12.2000)

DICHIARA

* di essere nato a (prov. di ) il
* di essere residente in alla via
* di essere cittadino
* di essere iscritto alla laurea magistrale/corso di dottorato di ricerca in
* di essere in possesso della laurea in

conseguita in data con voto presso l’Università discutendo una prova finale/tesi:

in con votazione dal seguente titolo:

* di essere in possesso del titolo di Dottore di Ricerca in

conseguito in data presso l’Università di con votazione

* di essere in possesso del diploma di specializzazione in

conseguito in data presso l’Università di con votazione

* di essere in possesso degli ulteriori seguenti titoli valutabili ai fini della presente procedura di selezione:
* di avere le seguenti pubblicazioni scientifiche:
* Indirizzo di posta elettronica:

Si produce copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente

Data

Firma

Informativa:

I dati sopra riportati sono raccolti e trattati ai sensi della vigente normativa in materia. Al Titolare competono i diritti derivanti dalla sopracitata normativa.