

**ALLA COMMISSIONE GIUDICATRICE
DEL CONCORSO PER L'AMMISSIONE
AL CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN
Gestione del paziente con sincope: dalla diagnosi clinica alla
terapia interventistica**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 d.P.R. n. 445/2000)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 d.P.R. n. 445/2000)

___/___/___ sottoscritt _____, nat___ il
_____, a _____(_____) residente nel Comune di
_____, con indirizzo _____ e numero cellulare
_____/_____, consapevole della responsabilità a cui può andare incontro in caso di
dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità, nonché delle
sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 :

DICHIARA

a) di aver conseguito il diploma di laurea Specialistica - Magistrale - Vecchio ordinamento
didattico (barrare la casella corrispondente alla tipologia del titolo di studio conseguito) in Medicina e
Chirurgia in data _____, presso l'Università degli Studi di
_____, riportando la votazione finale di
_____.

b) di aver presentato, ai fini del conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, la tesi dal
titolo: _____

e che la copia della suddetta tesi, presentata presso la Segreteria didattica del Corso di Perfezionamento, è
conforme all'originale depositato presso la Segreteria Studenti competente;

c) di presentare presso la Segreteria didattica del Corso di Perfezionamento, i sotto elencati titoli (numerati
dal n. 1 al n. _____) e pubblicazioni (numerate dal n. 1 al n. _____).

e che le n. _____ pubblicazioni presentate sono conformi agli originali.

d) di aver svolto le sotto elencate attività di formazione o di ricerca in:

_____ presso _____

_____ in data _____

_____ presso _____

_____ in data _____

_____ presso _____

_____ in data _____

e) di aver svolto esperienze professionali nell'ambito di attività e/o servizi erogati da Enti Pubblici presso:

f) di aver svolto esperienze professionali nell'ambito di attività e/o servizi erogati da Enti Privati presso:

Il sottoscritto è consapevole che se tali dichiarazioni risultassero essere, anche parzialmente, non conformi al vero, sarà escluso dalla prova concorsuale.

Si allega copia di un valido documento di riconoscimento.

Luogo _____, data ____/____/____

Firma del dichiarante
