

Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**II/ la sottoscritto/a**

\_\_\_\_\_  
Matricola, Cognome, Nome *(scrivere sul rigo qui sopra)*

\_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000,

**dichiara sotto la propria responsabilità**

\_\_\_\_\_  
di aver ottenuto il punteggio al test delle Professioni sanitarie 2018/2019

\_\_\_\_\_  
presso l'Università *(indicare il nome dell'Università)*

\_\_\_\_\_  
con sede a *(indicare città e provincia, dell'Università)*

data.....

firma .....