

AUTOCERTIFICAZIONE TITOLO DI STUDIO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____
consapevole delle conseguenze civili e penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni
mendaci o di uso di documenti falsi, così come stabilito dagli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R.
445 del 28/12/2000

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di aver conseguito

presso _____
di _____ in data _____
con la votazione di _____, e di possedere n. _____ anni di esperienza
professionale.

Luogo e data _____

Firma
