



AUTOCERTIFICAZIONE DI ABILITAZIONE PROFESSIONALE

(art. 1 - I comma lett. a) D.P.R. 20/10/98 n. 403)

Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di Parma

Io sottoscritt__ cognome nome

nat__ a il
(comune) (provincia)

codice fiscale cittadinanza

residente a via n.
(comune) (provincia)

CAP tel. cellulare e-mail

domiciliat__ a via n.
(comune) (provincia)

CAP tel.

- consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e di uso di atti falsi, incorrerò nelle pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia;
consapevole che decadrò, con effetto retroattivo, dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

dichiaro sotto la mia responsabilità

di essere in possesso del Diploma di Abilitazione all'esercizio della professione di:
.....

conseguito nella I sessione dell'anno con la votazione di
presso l'Università di

- di essere iscritto all'Albo Professionale:
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
dei Medici Chirurghi con l'annotazione legittimata alla professione di Odontoiatra
degli Odontoiatri

di dal al n° d'ordine

dichiara di aver presentato domanda per partecipare alla prova scritta dell'esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione nella I sessione dell'anno presso l'Università di prevista per il giorno

di essere a conoscenza del divieto di iscrizione contemporanea a corsi di laurea triennali, corsi di laurea specialistica, dottorati di ricerca, corsi di diploma di specializzazione e master universitario presso la stessa o altra Università (art. 2 comma 1 e art. 29 comma 2 del Regolamento Didattico di Ateneo).

Parma, (firma)