

Autocertificazione di Laurea Triennale

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ () il _____

Residente in (Via / Piazza) _____ n. _____

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Tel. _____ Cell. _____ E-MAIL _____

a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 76 del d.p.r. 445 del 28 dicembre 2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, dichiara sotto la sua responsabilità i seguenti dati.

Dichiara di aver conseguito

il seguente titolo di studio: _____

Codice del corso di laurea: _____

A.A. immatricolazione: _____

presso l'Università di: _____

Facoltà di: _____

Voto Finale: _____

in data: _____

Tipo di Corso di Laurea:

Triennale

Laurea Straniera (Bachelor Degree)

di aver superato i seguenti esami:

	Esame	CFU	Voto
1.			
2.			
3.			
4.			



5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			
32.			
33.			



34.			
35.			
36.			
37.			
38.			
39.			
40.			

Eventuali annotazioni: _____

Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati personali limitatamente a quanto previsto dall'articolo 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675, in base al quale i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data: _____

(firma per esteso e leggibile)