

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(Art. 46 del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

**SPECIALIZZAZIONE / DOCENZA**

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ consapevole delle  
responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci  
dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (Art. 76 del T.U. DPR 28  
dicembre 2000 n. 445),

**DICHIARA**

di aver conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ il titolo di Specialista / Docente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con votazione finale \_\_\_\_\_

Bari lì, \_\_\_\_\_

Il /La dichiarante  
\_\_\_\_\_

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL  
PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA**



**ORDINE DEI MEDICI  
CHIRURGI ED ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI BARI**

L'identità personale del Dott. \_\_\_\_\_  
è stata accertata a mezzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_.

Bari lì, \_\_\_\_\_

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve la dichiarazione  
\_\_\_\_\_