



Scuola di Medicina e Chirurgia
School of Medicine



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Ai sensi degli artt. 46 e 47 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, approvato con D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il / /

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n° _____

Consapevole che le dichiarazioni mendaci e il falso in atti comportano responsabilità penale ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché le conseguenze di cui all'art. 75 del D.P.R. 445/2000 (decadenza dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base di una dichiarazione non veritiera) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di aver disertato la Tesi di Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Padova

in data / / con votazione _____

dal titolo: _____

Relatore Ch.mo/a Prof./ssa _____

Data _____

Il Dichiarante (Firma)

Il sottoscritto/a Prof./ssa _____

in qualità di

Relatore

Presidente del CdL

ai sensi dell'art. 5 comma 5 del D.D.G 859/2019 dichiara che:

La tipologia della tesi è

Compilativa

Sperimentale

Data _____

(Firma)
