

CONCORSO SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA  
CLINICA A.A. 2021/2022

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

AL MAGNIFICO RETTORE  
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
DI FERRARA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

\_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ giorno \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ cittadinanza

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(codice fiscale)

regolarmente iscritto/a al concorso per l'ammissione alla Scuola di specializzazione in Farmacologia e tossicologia clinica per l'A.A. 2021/2022

DICHIARA

di essere in possesso della **LAUREA vecchio ordinamento** in \_\_\_\_\_  
conseguita presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_  
il giorno \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_

(oppure)

di essere in possesso della **LAUREA specialistica** in \_\_\_\_\_  
(Classe \_\_\_\_\_) conseguita presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_  
il giorno \_\_\_\_\_  
con punti \_\_\_\_\_

(oppure)

di essere in possesso della **LAUREA magistrale** in \_\_\_\_\_  
(classe \_\_\_\_\_) conseguita presso  
l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ il giorno \_\_\_\_\_  
con punti \_\_\_\_\_

di essere in possesso del diploma di **LAUREA** in \_\_\_\_\_  
conseguito all'estero presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ il  
giorno \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_

di essere in possesso dell'**ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI**  
\_\_\_\_\_ conseguita nella \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ sessione dell'anno  
\_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_.

(oppure)

di essere in possesso del riconoscimento dell'**ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA  
PROFESSIONE DI** \_\_\_\_\_ ottenuto con Decreto n. \_\_\_\_\_ del

\_\_\_\_\_, pubblicato in G.U. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

- di essere iscritto all'esame di stato per l'**ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI** \_\_\_\_\_ alla  prima /  seconda sessione dell'anno \_\_\_\_\_ presso l'Università \_\_\_\_\_ degli Studi \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.
- di aver chiesto al Ministero della Salute il riconoscimento dell'**ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI** \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ e di essere in attesa del relativo decreto.

Il/La sottoscritto/a, consapevole della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato e della responsabilità penale in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace, secondo gli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000,

### DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità che i dati indicati risultano veritieri.

Ferrara, lì \_\_\_\_\_ il dichiarante \_\_\_\_\_  
(firma)

Il/La sottoscritto/a, a norma del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, art. 13 (legge sulla Privacy) e del Regolamento UE 2016/679 è a conoscenza che il trattamento dei dati personali avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti di legge.

Ferrara, lì \_\_\_\_\_ il dichiarante \_\_\_\_\_  
(firma)

**MODULO ESAMI SOSTENUTI**  
PER DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

dichiara che per il conseguimento della laurea in \_\_\_\_\_

ha superato i seguenti esami di profitto e relative votazioni, utili ai fini dell'accesso al concorso:

n.	DENOMINAZIONE ESAME	DATA	VOTO	CFU	SSD
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)					

Ferrara, li \_\_\_\_\_

il dichiarante \_\_\_\_\_  
**(firma)**