

## 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 dissertato la Tesi di Laurea  
in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Bologna

in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_

dal titolo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Relatore Ch.mo Prof. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante  
(Firma)

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto Prof. \_\_\_\_\_

in qualità di  Relatore  Presidente del CdL  Direttore del Dipartimento

ai sensi dell'art. 5 comma 5 del DM 720/2017 dichiara che:

La tipologia della tesi è:  Compilativa  Sperimentale

Data \_\_\_\_\_

(Firma)

\_\_\_\_\_