

**CONCORSO SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA  
CLINICA A.A. 2023/2024**

**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. 2023/2024

**D I C H I A R A**

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 \_\_\_\_\_ o prima / o seconda 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, li \_\_\_\_\_ 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, li \_\_\_\_\_ 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)