All. B
Dichiarazione dei Titoli valutabili.

da redigersi in carta semplice

All'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Siracusa
Corso Gelone,103
96100 SIRACUSA

La / il sottoscritta / o _____
(cognome e nome)
Nato a _____ il _____ è residente a _____
Via _____ Codice Fiscale_____
Email_____PEC_____
Cellulare_____
Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti Titoli valutabili **di cui ai documenti e certificati allegati**:

Laurea Triennale conseguita in_____ presso l'Università degli Studi di _____ voto di laurea _____

Laurea Specialistica conseguita in_____ presso l'Università degli Studi di _____ voto di laurea _____

Laurea Magistrale a ciclo unico conseguita in_____ presso l'Università degli Studi di _____voto di laurea _____

Certificazione Lingua Inglese conseguita presso _____
Livello _____

Certificazione Ecdl/Icdl conseguita presso _____
Livello _____

_____ lì _____

_____
Firma