



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TRIESTE**

AUTOCERTIFICAZIONE TITOLI

Il/La sottoscritt _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente in via _____ Comune _____ (____)

telefono _____ cell _____ email _____

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 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

Ai fini dell'iscrizione al corso di perfezionamento in "Ortoplastica: trattamento multidisciplinare delle fratture Esposte di gamba e piede" a.a. 2026/2027

di aver conseguito il Diploma di Specializzazione in:

Presso (*) _____

In data _____ con la votazione di _____ / _____ .

(*) indicare il nome dell'Ateneo

oppure

di essere attualmente iscritt_ al _____ anno

di scuola di specializzazione in _____

Presso (*) _____

(*) indicare il nome dell'Ateneo

Data _____

Firma _____