

## 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 in data \_\_\_\_\_ la Tesi di Dottorato presso l'Università degli Studi di Firenze dal titolo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

con Relatore il Ch.mo Prof. \_\_\_\_\_

- che la tesi suddetta è attinente all'ambito medico – sanitario

Data \_\_\_\_\_ Il Dichiarante (Firma) \_\_\_\_\_

---

Il sottoscritto Prof. \_\_\_\_\_ in qualità di

Direttore del Dipartimento cui afferisce il Corso di studio di Dottorato

Direttore del Corso di Dottorato

conferma che la tesi è attinente all'ambito medico – sanitario.

Data \_\_\_\_\_ (Firma) \_\_\_\_\_