UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

SCUOLA GALILEIANA DI STUDI SUPERIORI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI ESAMI / ATTIVITÀ FORMATIVE
(art.46 D.P.R.445 del 28/12/2000)

Il / La sottoscritto/a: _____

Nato/a a:_____ in data _____

Residente in via/viale/piazza _____n.°_____

Comune_____ Prov.(____) C.A.P. _____

n.° telefono fisso_____n.° tel. Cellulare_____

indirizzo e-mail_____

dichiara sotto la propria responsabilità

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R.445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti di aver sostenuto i seguenti esami/attività formative presso l'Università di Padova, Corso di Laurea:_____

☐ Triennale ☐ Magistrale ☐ Magistrale a ciclo unico

Classe di Scienze ☐ Morali

Classe di Scienze ☐ Naturali

Classe di Scienze ☐ Sociali

[ESAMI RELATIVI ALL'ANNO ACCADEMICO ____/____]

Data	Denominazione esame / attività formativa	Voto	Crediti/ valore

Data	Denominazione esame / attività formativa	Voto	Crediti/ valore

Dichiara inoltre di essere in regola con il piano di studi previsto per il_____anno (*indicare il numero es: primo*) **del corso di Laurea in**_____

per l'A.A. _____/_____ *(indicare l'anno accademico a cui si riferiscono gli esami dichiarati come sostenuti)*.

Ricordati che sei personalmente responsabile di quello che dichiari: in caso l'amministrazione abbia un dubbio fondato sulla veridicità di quanto hai dichiarato nell'autocertificazione, è tenuta ad effettuare dei controlli e ad adottare gli eventuali provvedimenti. In caso di dichiarazione falsa potresti subire sanzioni penali e decadere dai benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Padova,_____ Firma_____