

# AUTOCERTIFICAZIONE TITOLO DI STUDIO

Sottoscritta da maggiorenne con capacità di agire  
(Legge 4 gennaio 1968 n. 15, legge 15 marzo 1997 n. 127, D.P.R. 20 ottobre 1998 n. 403 –  
Art. 46D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_), CAP \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_,

Valendomi delle disposizioni di cui al DPR n. 445 del 28/12/2000, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e per le mendaci dichiarazioni indicate nell'art. 76 dello stesso Decreto e dall'art. 495 del C.P. - Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e verranno utilizzati nel rispetto delle normative in materia di protezione dei dati personali.

## DICHIARO

Sotto la mia responsabilità che il titolo di studio da me conseguito è:

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

presso l'Istituto scolastico:

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

in data: \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere a conoscenza che l'art 71 del D.P.R. n. 445/00 PREVEDE CHE qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, io sottoscritto decadrò automaticamente dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Data, \_\_\_\_\_

(il/la dichiarante)