



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PAVIA

ESAME DI STATO PER L'ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI FARMACISTA

RISERVATO AI LAUREATI IN FARMACIA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace e consapevole di decadere dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (artt. 75 e 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n° 445),

Dichiara di essere in possesso di laurea in **FARMACIA** conseguita presso l'Università degli Studi di _____

e che la durata legale del corso di studi è di cinque anni.

Data, _____

Firma _____