

AUTOCERTIFICAZIONE
del Titoli di studio e abilitazioni professionali
(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000.n. 445)

All. 5

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il ____/____/____ a _____ (____)
residente in _____ via _____ n° ____
in qualità di esercente la potestà/tutela sul minore (da compilare da uno dei genitori se il candidato è minorenne) _____, nato il ____/____/____,
in _____ (____)
consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

D I C H I A R A di

[1] essere in possesso del seguente titolo di studio

conseguito in data _____ presso _____
_____ con il seguente punteggio _____;

[2] essere in possesso della seguente qualifica professionale _____

conseguita in data _____ presso _____
_____ con il seguente punteggio _____;

[3] essere in possesso del seguente titolo di specializzazione/abilitazione _____

[4] essere in possesso della seguente qualificazione tecnica _____

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 445/2000

data _____

Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

Si allega fotocopia del documento del dichiarante.



**Certificato anamnestico da compilare a cura del medico curante
di cui all'art. 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833**

Si certificano i seguenti dati anamnestici relativi a:

Cognome _____ Nome _____
 nato/a _____ () il ____/____/____
 residente in _____ ()
 Via/Piazza _____ n. _____ Tel. _____
 Tipo documento _____ Numero _____
 Rilasciato da _____ in data _____

in relazione agli stati patologici presenti nel decreto ministeriale 30 giugno 2003, n. 198 e alle malattie di seguito elencate:
 (barrare la voce interessata)

Sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio -----NO SI

Se SI quali? _____

Sussiste diabete?-----NO SI

Sussistono patologie della tiroide/surreni/pancreas/ipofisi?-----NO SI

Se SI quali? _____

Sussistono turbe e/o patologie psichiche già note?-----NO SI

Se SI quali? _____

Soffre di patologie neurologiche?-----NO SI

Se SI quali? _____

Sussistono malattie del sangue? -----NO SI

Se SI quali? _____

Sussistono malattie dell'apparato urogenitale? -----NO SI

Se SI quali? _____

Altro _____

Elencare le altre malattie/infermità sofferte in passato dalla nascita ad oggi (malattie, interventi chirurgici, allergie, lesioni, traumi, fratture, ricoveri ospedalieri, etc) presenti nel decreto ministeriale 30 giugno 2003, n. 198:

Il sottoscritto afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, conscio delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

Firma dell'interessato

**Firma del Medico di fiducia e codice regionale
(Nome e Cognome in stampatello o timbro)**

Luogo e data, _____

