



FSE FONDO SOCIALE EUROPEO  
**SICILIA 2020**  
 PROGRAMMA OPERATIVO



**Allegato B Avviso n. 19/2018**

*Programma operativo FSE 2014 -2020 Regione Siciliana*

**AUTOCERTIFICAZIONE DEL TITOLO DI STUDIO**

(art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
 \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ residente a  
 \_\_\_\_\_prov. \_\_\_\_\_indirizzo

Avvalendosi delle disposizioni in materia di autocertificazione consapevole delle sanzioni penali previste dal D.P.R. n. 445 del 28//12/2000 e s.m.i., in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

Di essere in possesso del seguente titolo di studio  
 \_\_\_\_\_ conseguito presso  
 \_\_\_\_\_ nell'anno \_\_\_\_\_ con votazione  
 \_\_\_\_\_

Autorizzo espressamente l'utilizzo dei miei dati personali.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

