

**MODELLO PER AUTOCERTIFICAZIONE
DEL SUPERAMENTO DELL'ESAME DI STATO**

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

Nato a (città, provincia) _____

Il (giorno, mese, anno) _____

E residente in (Via, Città, Cap) _____

Ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 (dichiaro di conoscere espressamente le responsabilità di quanto riportato in questa dichiarazione)

Dichiara

Di essere laureato/a in (specificare se Psicologia o Medicina):

E di aver superato l'Esame di Stato per l'abilitazione alla professione di psicologo o di medico il:
(indicare la sessione I[^]-II[^], la data: giorno, mese, anno)

Luogo e data, _____

Firma _____

Esente da autentica L. 127 del 15/05/1997 e successive modifiche e integrazioni.