# 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