

**AUTOCERTIFICAZIONE POSSESSO
TITOLO DI STUDIO/QUALIFICA PROFESSIONALE**
(ai sensi dell'art. 46, D.P.R 445 del 28 dicembre 2009)

All'Agenzia Formativa Aka SRL

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ prov. _____ il GG/MM/AA _____
codice fiscale _____
residente in _____ prov. _____

consapevole delle sanzioni penali applicabili in caso di dichiarazioni mendaci e non veritiere che sono previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R 28/12/2000 n. 445 e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, dotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

di essere in possesso del seguente titolo di studio:

conseguito in data __/__/__ presso _____

e/o

della seguente qualifica richiesta per la frequenza al corso:

conseguita in data __/__/__ presso _____

Luogo e data _____

Firma
