



UNIVERSITÀ DI PAVIA

ALLEGATO A

Dichiarazione sostitutiva relativa alla durata quinquennale della laurea in farmacia riservato ai laureati del previgente ordinamento [D.M. 509/99](#) (ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

di essere in possesso di laurea in **FARMACIA** conseguita presso l'Università degli Studi di _____

e che la durata legale del corso di studi è di cinque anni.

Il sottoscritto dichiara altresì di essere consapevole che qualora dal controllo di cui all'articolo 71, D.P.R. 445/2000 emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, fermo restando, in ogni caso, quanto previsto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000.

Data, _____

Firma _____