



SCUOLA UNIVERSITARIA PRIVATA A DISTANZA
PRIVATE FERNHOCHSCHULE SEIT 1987

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DEL TITOLO DI STUDIO

Il/la sottoscritt_ _____
nat_ a _____
in data _____ e residente a _____ CAP _____
in via/piazza _____ n. _____
Telefono _____ E-mail _____ Cellulare _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

consapevole delle sanzioni penali e delle altre conseguenze previste per il caso di dichiarazione mendace verrà punito secondo le disposizioni normative vigenti:

nell'Anno Scolastico _____ / _____ presso _____

con sede a _____ (_____)

e di aver riportato la seguente votazione _____ / _____

Dichiara inoltre che la durata legale del corso è di anni _____

1987

FIRMA DEL DICHIARANTE

Zug (CH - Svizzera) li _____

Allegato: fotocopia documento d'identità in corso di validità