

Il/La sottoscritto/a (nome) (cognome)

Codice fiscale

chiede di partecipare al concorso per l'assegnazione di un Premio di Laurea per giovani medici, intitolato alla memoria della dott.ssa Barbara Capovani (ed. 2023)

Sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, consapevole delle responsabilità anche penali delle mandati dichiarazioni

dichiara

di essere nato/a il a

di essere residente nel Comune di

indirizzo e n. civico

cell. e-mail

DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI REQUISITI SPECIFICI DI AMMISSIONE:

Laurea in Medicina e chirurgia, conseguita presso l'Università di Pisa

in data con voto /110 con Lode con Dignità di stampa

Anno Accademico: 2020/2021 2021/2022

Di essere attualmente iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pisa

al n. dal giorno

Di aver preso visione del bando di concorso e di accettarlo integralmente

Che l'indirizzo P.E.C. al quale deve essere trasmessa ogni comunicazione relativa al presente bando è il seguente:

Allega alla presente:

1. Curriculum vitae in formato europeo datato e firmato;
2. Autocertificazione della votazione agli esami sostenuti nel corso di Laurea e del voto di Laurea
3. Copia della Tesi in formato pdf
4. Copia di un documento di identità in corso di validità

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possono essere trattati nel rispetto del Regolamento Europeo sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 (GDPR), per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data _____

Firma _____