

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. 2024)**

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 in caso di dichiarazioni mendaci

**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:  2022/2023 - appelli di laurea dal 16/06/2023 al 29/02/2024.

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
2. Autocertificazione della votazione agli esami sostenuti nel corso di Laurea e del voto di Laurea
3. 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 \_\_\_\_\_