



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLA PROVINCIA DI ALESSANDRIA

BORSA DI STUDIO IN MEMORIA DEL PROF. GIOVANNI MACONI

**Primario di Chirurgia Generale,
a favore di giovani neo-laureati in Medicina e Chirurgia
iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Alessandria**

Anno 2019

Schema di domanda da compilare a macchina o a stampatello in carta libera

RACCOMANDATA O PEC

Al Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
Via Pisacane, 21

15121 ALESSANDRIA

Il/La sottoscritto/a _____

residente a _____ Via _____

Laureato in Medicina e Chirurgia, iscritto all'Albo Professionale dei Medici Chirurghi dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Alessandria, presenta istanza di ammissione al concorso per il conferimento di una borsa di studio per l'anno 2019 in memoria del Prof. Giovanni Maconi.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. DPR 28 dicembre 2000, n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445),

D I C H I A R A

di essere nato/a a _____ (Prov. ____) il _____;

di essere laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____

il _____ con voti ____/_____;

di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Alessandria dal _____;

di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei predetti dati.

Il sottoscritto indica, ai fini delle comunicazioni riguardanti il concorso, il seguente recapito:

Dott. _____

Via _____ Cap. _____ Città _____

Tel. ____/_____

Data _____

Allega alla presente: fotocopia documento d'identità o di riconoscimento dell'interessato in corso di validità.

Firma _____