



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI 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 2020**

**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 2020 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 679/2016 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 \_\_\_\_\_