ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI ALESSANDRIA

BORSA DI STUDIO IN MEMORIA DEL DOTT. GIUSEPPE ALLEMANI

Medico di Medicina Generale in Acqui Terme, Consigliere Revisore dei Conti dell'Ordine Anno 2025-2026

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
Pec: ordinemedicial@postacert.com
15121 ALESSANDRIA

Il/la sottoscritto/a _____,
rivolge istanza di partecipazione al concorso per una borsa di studio in memoria del Dott. Giuseppe ALLEMANI, Consigliere Revisore dell'Ordine e Medico di Medicina Generale, per l'anno accademico 2025/2026.

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 residente a _____
  Via_____, tel. _____;
- di essere cittadino italiano;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di essere residente nella provincia di Alessandria;
- di non essere dipendente di amministrazioni statali e di altri enti pubblici o organismi privati;
- di essere stato/a informato/a 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.

Allega alla domanda la seguente documentazione:
- certificato di iscrizione all'anno accademico _____/_____ presso la facoltà di medicina e chirurgia dell'Università degli studi di _____
- diploma di scuola media superiore (per gli studenti del primo anno);
- certificato rilasciato dall'Università riportante le votazioni degli esami superati con la data di svolgimento delle prove (se previsto);
- piano di studi;
- copia delle dichiarazioni fiscali del nucleo familiare.

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

_____
Via _____Cap _____ Città _____
Tel. _____ Cell. _____
E-mail _____

Data _____

Firma

_____

Allegato: fotocopia documento d'identità o di riconoscimento dell'interessato in corso di validità