ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI ALESSANDRIA

BORSA DI STUDIO
"SOCIETÀ MEDICO CHIRURGICA TORTONESE"
a favore di giovani neo-laureati in Medicina e Chirurgia iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Alessandria residenti a Tortona e/o comuni limitrofi
Anni accademici 2024/2025 - 2025/2026

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

PEC

Al Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
Pec: ordinemedicial@postacert.com
ALESSANDRIA

Il/La sottoscritto/a _____

residente a _____ Via _____
Laureato/a in Medicina e Chirurgia, iscritto/a 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 della borsa di studio "Società Medico Chirurgica Tortonese" per gli anni 2024/2025 - 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 cittadino/a italiano/a;

di essere residente nel Comune di _____;

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

il _____ **(anno accademico _____)** con voti _____/_____;
(2024/2025 o 2025/2026)

di essere iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Alessandria dal _____;
di non possedere altre lauree;
di non essere dipendente di amministrazioni statali o di altri enti pubblici o di 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 laurea rilasciato dall'Università riportante le votazioni di tutti gli esami sostenuti nell'intero corso di laurea con indicazione della data in cui è stato sostenuto ciascun esame.

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

Dott./Dott.ssa _____

Via _____ Cap. _____ Comune _____

Tel. _____

Data _____

Firma _____

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