



**BORSA DI STUDIO IN MEMORIA DEL  
DOTT. GIUSEPPE ALLEMANI**

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

RACCOMANDATA

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

**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 2017/2018.

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),

**DICHIARA**

- di essere nato 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 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.

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 sottoscritto 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**