

## Domanda di partecipazione al BANDO MIGLIOR TESI

### -Allegato A-

Cognome|\_\_\_\_\_|

Nome|\_\_\_\_\_|nato/a il |\_\_\_\_\_ a

|\_\_\_\_\_|prov.|\_\_\_\_\_|

nazione di \_\_\_\_\_ cittadinanza|\_\_\_\_\_|

**residente** in via/piazza

|\_\_\_\_\_|n.|\_\_\_\_\_|

comune|\_\_\_\_\_|prov.|\_\_\_\_\_|C.A.P.|\_\_\_\_\_|

telefono|\_\_\_\_\_|

e-mail|\_\_\_\_\_|

Numero iscrizione presso l'Ordine Interprovinciale della professione sanitaria di fisioterapista di P a r m a e P i a c e n z a : |\_\_\_\_\_|

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del

D.P.R. 445/2000 e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti e incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76, del D.P.R. citato

DI ESSERE IN POSSESSO

del titolo accademico conseguito presso l'Università

in data|\_\_\_\_\_| con votazione di |\_\_\_\_|su|\_\_\_\_\_|

Lode:    si                    no

titolo:\_\_\_\_\_|

NOTA BENE: l'incompleta compilazione della domanda di partecipazione al bando può costituire causa di non accoglimento dell'istanza da parte degli organi competenti.

FIRMA