



**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL BANDO DI CONCORSO MIGLIOR TESI
PER L'ANNO 2024**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome | _____ | **Nome** | _____ |

nato/a il |__|__| |__|__| |__|__|__|__| a | _____ |

prov. |__|__| nazione di nascita | _____ | 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 Milano, Como, Cremona, Lecco, Lodi, Monza Brianza, Sondrio e Varese: | _____ |

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

titolo della tesi:

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