



**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL BANDO DI CONCORSO  
MIGLIOR TESI PER L'ANNO 2025**

**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, 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 di \_\_\_\_\_

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

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**