



**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