



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA VALLE D'AOSTA
ORDRE DES MEDECINS CHIRURGIENS ET DES ODONTOLOGISTES DE LA VALLEE D'AOSTE**

Corso Lancieri d'Aosta 5 - 11100 AOSTA Tel. 0165/32953 - Fax 0165/31134

e-mail: segreteria@omceo.vda.it www.omceoosta.altervista.org

Ente di Diritto Pubblico D.L.C.P.S. 13/09/1946 n. 233

**CONCORSO PER L'ASSEGNAZIONE DI UNA BORSA DI STUDIO IN MEMORIA DELLA
DOTT.SSA MARIA BONINO**

MODULO DI PARTECIPAZIONE

**AL PRESIDENTE DELL'ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA VALLE
D'AOSTA
CORSO LANCIERI, 5
11100 AOSTA**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ residente

a _____ Prov. _____ CAP _____ Via

_____ n° _____

recapiti telefonici _____ e-mail

CHIEDE

di partecipare al concorso per l'assegnazione della Borsa di Studio in memoria della Dott.ssa Maria Bonino bandito dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Valle d'Aosta.

Sotto la propria responsabilità e consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n° 445 e dagli artt. 495 e 496 del Codice Penale in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole altresì, di incorrere nella decadenza dei benefici eventualmente conseguiti, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione

DICHIARA

di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia il _____

di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale nella sessione _____

di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di

_____ dal _____ All'uopo allega:

- Copia del lavoro di ricerca
- Curriculum universitario
- Fotocopia di un valido documento di riconoscimento
- Documentazione di pregresse esperienze personali di cooperazione in progetti sanitari nei Paesi in via di Sviluppo.

ESPRIME il proprio consenso, ai sensi del D.Lgs 196/2003, al trattamento dei dati personali soprariportati.

Data _____

Firma _____