

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

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 della Professione Sanitaria di Fisioterapista della Regione Basilicata: _____

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