



**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL BANDO DI CONCORSO MIGLIOR TESI - ANNO 2023**

**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 di |\_\_\_\_\_|

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**