



Spett.le Associazione

DONNEINROSAVALCHIAVENNA

### DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di partecipare al bando per l'assegnazione di premi per sostenere il percorso formativo di giovani medici che desiderano iscriversi ad un master universitario con indirizzo oncologico, senologico, radioterapico.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

- Di essere in possesso del diploma di Laurea \_\_\_\_\_ (specificare la tipologia) in \_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con votazione finale \_\_\_\_\_
- Di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso
- Di accettare tutte le condizioni contenute nel bando
- Di essere consapevole della veridicità della presente domanda e di essere a conoscenza delle sanzioni penali in caso di false dichiarazioni
- Di autorizzare l'Associazione DONNEINROSAVALCHIAVENNA al trattamento dei propri dati personali come previsto nel bando

Il sottoscritto allega alla presente domanda:

- Copia del documento d'identità in corso di validità
- Copia del certificato d'iscrizione all'ordine dei Medici
- Curriculum vitae
- Attestazione ISEE 2022
- Eventuali pubblicazioni scientifiche e non scientifiche
- Informativa dei costi relativi al Master da sostenere

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_