

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E

DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA

Via Mestrina 86 – 30172 Mestre – VE

Tel. 041 989479 – 989582 • Fax 041 989663

e-mail: [info@ordinemedicivenezia.it](mailto:info@ordinemedicivenezia.it)

CONCORSO PER L’ASSEGNAZIONE DI DUE

BORSE DI STUDIO IN MEMORIA DEL DOTT. ANTONIO LO GIUDICE

MODULO DI PARTECIPAZIONE

AL PRESIDENTE DELL’ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI

E DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA

VIA MESTRINA 86

MESTRE (VE)

[segreteria.ve@pec.omceo.it](mailto:segreteria.ve@pec.omceo.it)

Il /La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

Di partecipare al concorso per l’assegnazione di n. due borse di studio in memoria del dott. Antonio Lo Giudice, bandito dall’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia DI Venezia.

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, 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 /Odontoiatria il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di aver conseguito l’abilitazione all’esercizio professionale nella sessione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di essere iscritto all’Albo dei Medici Chirurghi di Venezia al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di essere iscritto all’Albo degli Odontoiatri di Venezia al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

All’uopo allega:

* Copia della tesi di laurea
* Curriculum universitario
* Fotocopia di un valido documento di riconoscimento

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

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_