

ALL. 1 DOMANDA

AL DIRETTORE DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA

____ I ____ sottoscritt _____

nat ____ a _____ il _____

cittadinanza _____

residente a _____

Via _____ N. _____

Tel./Cell. _____ EMAIL _____

Domiciliat ____ in _____

Via _____ N. _____ C.A.P. _____

CHIEDE

di essere ammess ____ a partecipare alla Selezione per l'attribuzione del **Premio di laurea Pharmanutra S.p.a.** del Dipartimento di Medicina e Chirurgia.

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e di uso di atti falsi, incorrerà nelle pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia; consapevole che decadrà, con effetto retroattivo, dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n° 445/00 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa:

- di aver conseguito la laurea _____ in _____

presso Università degli studi di Parma in data _____ con

la votazione di _____

discutendo la tesi dal titolo: _____

Allega alla presente domanda i seguenti documenti:

- curriculum vitae et studiorum;
- autocertificazione del titolo conseguito con elenco degli esami sostenuti, con l'indicazione della votazione riportata.
- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità
- attestazione ISEE in corso di validità del nucleo familiare di appartenenza della o del candidata/o

Data _____

FIRMA LEGGIBILE E PER ESTESO

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità istituzionali dell'Università degli Studi di Parma (Codice in materia di protezione dei dati personali – D.Lgs. 30/6/2003, N. 196 e s.m.i. e del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, n. 679/2016). L'informativa completa è consultabile all'indirizzo www.unipr.it alla voce Privacy.