

AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO  
DI MEDICINA E CHIRURGIA  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA  
43126 PARMA

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritt \_\_\_  
nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cittadinanza  
\_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Tel./Cell. \_\_\_\_\_  
EMAIL \_\_\_\_\_  
Domiciliat \_\_\_ in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

- 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;

#### CHIEDE

di essere ammesso a partecipare al concorso per l'attribuzione della borsa di ricerca bandita dal Dipartimento di MEDICINA E CHIRURGIA dal titolo "Standardization and development of assay for assessment of influenza vaccine correlates of protection (FLUCOP)"

A tal fine 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 \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto finale \_\_\_\_\_ Vecchio / Nuovo Ordinamento
- di aver conseguito il Titolo di Dottore di Ricerca in \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- di aver conseguito il Diploma di Specializzazione in \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

- altro

---

---

---

Allega alla presente domanda i seguenti documenti (**INDICARE QUANTO RICHIESTO DA BANDO**):

- ---
- ---
- ---

**(PER COLORO CHE SONO IN POSSESSO DI UN TITOLO DI STUDIO STRANIERO):**

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritt \_\_\_ chiede inoltre alla Commissione Giudicatrice, unicamente ai fini dell'attribuzione della borsa di studio, la dichiarazione di equipollenza in parola del proprio titolo di studio con quanto richiesto da bando allegando i documenti utili a consentire tale dichiarazione di equipollenza.

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritt \_\_\_ dichiara, inoltre, di essere/non essere portatore di handicap (indicare gli eventuali ausili necessari per lo svolgimento della prova di esame)

---

---

DATA

FIRMA LEGGIBILE E PER ESTESO