

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 "Sistemi di miglioramento della qualità della didattica postlaurea per il master in case care management per le professioni sanitarie, con particolare riferimento allo sviluppo e valutazione dell'interprofessionalità nella formazione"

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