**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI**

**E DEGLI ODONTOIATRI DI PAVIA**

**BORSA DI STUDIO IN MEMORIA DEL PROF. CESARE BRUSOTTI**

**ANNO 2023**

**Schema di Domanda in carta libera**

Raccomandata/Pec

Al Presidente dell’Ordine dei Medici Chirurghi

E degli Odontoiatri di Pavia

Via Franchino Gaffurio, 15 – 27100 Pavia

Il/La Sottoscritto/a, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Laureato/a in Odontoiatria e protesi dentaria, iscritto/a all’Albo Professionale degli Odontoiatri di Pavia, presenta istanza di ammissione al bando per il conferimento di una Borsa di Studio per l’anno 2021 in memoria del Prof. Cesare Brusotti.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. DPR 28 dicembre 2000, n. 445 il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. DRP 28 dicembre 2000 n. 445),

**DICHIARA**

Di essere nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di essersi laureato/a in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di essere iscritto/a all’Albo degli Odontoiatri di Pavia dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di essere informato/a sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei predetti dati.

Il sottoscritto indica, ai fini delle comunicazioni riguardanti il Bando, il seguente recapito:

Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allega alla presente fotocopia documento d’identità o di riconoscimento dell’interessato in corso di validità + copia libretto**

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_