**XIX Premio Nazionale di Medicina Santi Medici**

Alla Segreteria Premio Nazionale di Medicina

Fondazione "Opera Santi Medici Cosma e Damiano - Bitonto - ONLUS",

Piazza Mons. Aurelio Marena 34,

70032 Bitonto (BA)

***info@pec.santimedici.org***

**Oggetto: Domanda di partecipazione al Concorso Nazionale XIX Premio Nazionale di Medicina Santi Medici.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

vista la selezione pubblica del bando in oggetto,

CHIEDE

* di essere ammesso/a alla partecipazione del medesimo.

Dichiara di seguito:

di essere nato a

in data

di essere residente a

CAP

in Via

Telefono fisso / recapito cellulare

Email

PEC

- di voler ricevere le comunicazioni al recapito di residenza.

Alla presente allega:

- Elaborato progettuale e relativo abstract

- Dati anagrafici completi ed indirizzo per la corrispondenza

- Copia del certificato di carriera accademica e laurea;

- Dichiarazione sostitutiva di iscrizione all’Ordine dei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- Curriculum vitae et studiorum;

- Dichiarazione del consenso del trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento 2016/679/UE;

- Dichiarazione di impegno a citare il Premio Nazionale di Medicina in occasione di eventuale pubblicazione e/o divulgazione dei risultati del progetto.

Luogo

Data Firma

**XIX Premio Nazionale di Medicina Santi Medici**

**Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del**

**Regolamento UE 2016/679**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via/Viale/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

di fornire il consenso al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento 2016/679/UE.

Luogo

Data

Firma

**XIX Premio Nazionale di Medicina Santi Medici**

**Dichiarazione di impegno a citare il Premio Nazionale di Medicina**

**in occasione di eventuale pubblicazione e/o divulgazione**

**dei risultati del progetto**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via/Viale/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

di impegnarsi a citare il Premio Nazionale di Medicina in occasione di eventuale pubblicazione e/o divulgazione dei risultati del progetto.

Luogo

Data

Firma