

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE –BORSA DI STUDIO**

data.....

Al Direttore Generale Azienda ospedaliera  
Ospedale San Paolo  
Via A. Di Rudinì, 8 - 20142 MILANO

.... sottoscritt... \_\_\_\_\_, nat... a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via

chiede di poter partecipare alla borsa di studio, per titoli e colloquio, per n. \_\_\_\_\_ posto/i c/o U.O.  
\_\_\_\_\_ dal titolo \_\_\_\_\_

indetto da codesta Azienda ospedaliera in scadenza il \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara:

- di essere in possesso del diploma di \_\_\_\_\_

- di essere iscritto all'ordine/albo \_\_\_\_\_

- di essere in possesso del diploma di specialità in \_\_\_\_\_

- di essere cittadino \_\_\_\_\_

- di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di \_\_\_\_\_

- di non aver riportato condanne penali, né civili, né di averne in corso

- di aver/non aver assolto agli obblighi militari

- di essere attualmente disoccupato/in servizio presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

in qualità \_\_\_\_\_

- di indicare il seguente domicilio presso il quale deve essere inoltrata ogni comunicazione in merito al suddetto avviso: \_\_\_\_\_

.... sottoscritt.. dichiara inoltre di accettare incondizionatamente tutte le norme previste dal presente avviso pubblico.

Firma

.....

..... sottoscritt..... \_\_\_\_\_ autorizza questa Amministrazione al trattamento dei dati personali ai sensi della vigente normativa ed unicamente ai fini della presente selezione

Firma

.....