

**ALL. 1 – DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE**

AL DIRETTORE DEL CENTRO UNIV. DI  
ODONTOIATRIA  
VIA GRAMSCI N. 14  
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. \_\_\_

- 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 ammess \_\_\_ a partecipare al concorso per l'attribuzione della borsa di ricerca codice 1/2018, bandito dal Centro di Universitario di Odontoiatria dal titolo: "Valutazione di impianti postestrattivi a carico immediato"

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