

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE  
PREMIO TESI su Esofagite Eosinofila  
"Associazione ESEO Italia APS"  
Terza edizione**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_), CAP \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare al Concorso  
per tesi di Laurea   
di Specializzazione   
di Dottorato di ricerca

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali in caso di indicazioni false  
(D.P.R.28 dicembre 2000 n.445)

- di essere in possesso del diploma di Laurea:

Triennale \_\_\_\_\_

Magistrale \_\_\_\_\_

conseguito presso la Scuola di \_\_\_\_\_

dell'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con votazione di \_\_\_\_\_ con una  
tesi di Laurea dal titolo:

- di aver conseguito la specializzazione

presso \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ con una tesi dal titolo:

Di aver conseguito il dottorato di ricerca

presso \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ con una tesi dal titolo:

- di aver preso integrale visione del bando e di accettarlo in ogni sua parte;
- di acconsentire che i propri dati personali vengano divulgati a norma del Regolamento UE 2016 esclusivamente a fini istruttori ed in caso di assegnazione dei premi che saranno resi pubblici.

**Allega alla presente**

- una copia integrale della tesi in formato PDF;
- un abstract della stessa, della lunghezza massima di 3.000 caratteri, spazi inclusi;
- un'autocertificazione del certificato di laurea;
- una copia di un documento di identità valido;
- il modulo della privacy debitamente completato e firmato.

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_