ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI RAGUSA
Via Guglielmo Nicastro, 50 – 97100 Ragusa
Tel. 0932.641366 – Fax 0932.254640 email info@ordinemediciragusa.it

BORSA DI STUDIO
IPPOCRATE IBLEO
CHE CELEBRA I MEDICI DI TALENTO DELLA PROVINCIA DI RAGUSA

che si distinguono per Eccellenza Scientifica, Solidarietà, Umanità E Impegno Civile

PER LA MIGLIORE TESI DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA
1^ EDIZIONE – ANNO 2026-

AL DOTT. PIETRO BONOMO

Il/La sottoscritt_ (cognome e nome): _____

nato/a a: _____ ***(Prov.)*** _____ ***il:*** _____ / _____ / _____

nazionalità: _____ ***codice fiscale:*** _____

residente a: _____ ***CAP:*** _____

in via/piazza: _____ ***n.:*** _____

e-mail: _____ ***PEC:*** _____

tel.: _____ ***cell.:*** _____

Indicare il recapito per comunicazioni, se diverso dalla residenza:

via/piazza: _____ ***n.:*** _____ ***Comune:*** _____

Provincia: _____ ***CAP:*** _____

PRESA VISIONE DEL RELATIVO BANDO – ACCETTAZIONE SENZA RISERVE DI TUTTE LE CONDIZIONI

chiede di essere ammesso/a a partecipare al concorso per l'assegnazione della Borsa di Studio "IPPOCRATE IBLEO" per la migliore tesi di laurea in Medicina e Chirurgia – 1^ Edizione 2026.

A tal fine, il/la sottoscritt_ dichiara:

8. di aver conseguito il seguente titolo di laurea: _____
9. di aver discusso la tesi in data: _____
10. presso l'Università degli Studi di: _____
11. Titolo della tesi: _____

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI RAGUSA
Via Guglielmo Nicastro, 50 – 97100 Ragusa
Tel. 0932.641366 – Fax 0932.254640 email info@ordinemediciragusa.it

12. Relatore: _____
    cattedra di riferimento: _____
13. di accettare ogni norma prevista dal bando di concorso;
14. di autorizzare l'Ordine dei Medici all'eventuale pubblicazione della tesi di laurea sui mezzi che la Commissione riterrà idonei;
15. di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679.

Il/La sottoscritt_ (cognome e nome): _____

dichiara, ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, che la firma apposta in calce al presente modulo è autografa.

Data: _____ *Firma:* _____

Si allega alla presente domanda, a pena di esclusione dal bando:

a) copia del documento d'identità in corso di validità;
b) testo integrale della tesi di laurea **SENZA alcun tipo di segno riconoscibile o firma;**
c) abstract della tesi di laurea (max 3.000 caratteri, spazi inclusi) **SENZA alcun tipo di segno riconoscibile o firma.**

INFORMATIVA PRIVACY – art. 13 Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 si informa che i dati personali forniti saranno trattati dall'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Ragusa esclusivamente per le finalità connesse alla gestione della presente selezione. I dati saranno conservati per un massimo di dieci anni. I dati del vincitore potranno essere pubblicati sul sito istituzionale e sugli organi di stampa in occasione della premiazione. L'informativa completa è disponibile all'indirizzo www.ordinemediciragusa.it. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui al Capo III del GDPR scrivendo a: info@ordinemediciragusa.it.

Vista l'informativa, esprimo il consenso al trattamento dei dati personali.

Ragusa, lì _____ ***Firma:*** _____