Il/La sottoscritt o/a Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ laureato in Medicina e chirurgia/ Odontoiatria il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con voto\_\_\_\_\_\_ e abilitato alla professione il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con voto\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritto all’Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Pistoia al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

Di voler partecipare al Bando per l’assegnazione dell’assegno organizzato dall’Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Pistoia in collaborazione con l’Accademia medica “Filippo Pacini”

FIRMA