**MODULO DOMANDA (da compilare al computer)**

Al Coordinatore del Bando

Prof. Roberto Caronna

Dipartimento di Chirurgia

Facultà di Medicina e Odontoiatria

Sapienza Università di Roma (Italia)

Io sottoscritto,

Nome: …………………………………………………………………………………………………………...

Cognome: ……………………………………..……………………………………………………………………..

Nazionalità: ………………………………………………………………………………………………………..…..

Data di nascita: …………………………………………………………………………………………..………………..

Luogo di nascita: …………………………………….………………………………………………………………………

Residenza, Città .............................................. Nazione ….……………………………………

Indirizzo: …………………………………………………………………………………………………………….

Mobile(00229) ……………………/...................……………….

E-mail (indispensabile): ………………………………..………………………………………………………………..

**DOMANDA**

**di partecipare al Concorso per l’assegnazione di borse di studio per l’anno accademico 2023-2024, proposto dal Dipartimento di Chirurgia della Facoltà di Medicina e Odontoiatria di Sapienza Università di Roma.**

Certifico la correttezza dei dati sopra indicati.

**Allegati:**

□ curriculum vitae in formato PDF;

□ certificato di iscrizione alla Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Data:……………………

 Firma del candidato

 …………………………..