

PREMIAZIONE MIGLIOR TESI 2024

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Forlì

Cesena

V.le Domenico Bolognesi, 19 - 47121 Forlì

Tel 0543/405460 pec: forli.cesena@cert.ordine-opi.it

Al Presidente OPI di Forlì-Cesena

Il/La Sottoscritt _____
nato/a il _____ a _____ prov _____
residente a _____ prov _____ in via _____
recapito telefonico _____
indirizzo mail _____

DICHIARA

di essere iscritto/a all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Forlì-Cesena, con n° d'iscrizione _____ o di aver presentato domanda di iscrizione in data _____; di essere in possesso del seguente Titolo di Studio: Laurea in Infermieristica e di avere discusso la Tesi dal titolo _____
in data _____ presso l'Università _____
con votazione conseguita _____; di avere preso visione di tutte le informazioni e condizioni contenute nel Bando e di essere consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, così come previsto dall'art. 76 del DPR del 28/12/2000.

CHIEDE

di essere ammesso al Premio denominato "PREMIAZIONE MIGLIOR TESI 2024", destinato ai 3 migliori Elaborati di Tesi presentati nell'anno 2023/2024 e discussi presso l'Università di _____

AUTORIZZA

ai sensi del D. Lgs 30/06/03 n° 196 l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Forlì-Cesena al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza nell'ambito dell'attuazione per la quale la presente domanda viene resa. Pertanto:

accetta

non accetta quanto contenuto nel Bando

Luogo e Data _____ **Firma** _____