



Coordinamento
Collegi Professionali
Tecnici Sanitari
di Radiologia Medica
Regione Lombardia

**PREMIO MIGLIORE TESI DI LAUREA in TRMIR della REGIONE LOMBARDIA
Riservato ai Laureati in Tecniche di Radiologia Medica, per immagini e Radioterapia delle
Università lombarde**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

La/il sottoscritto _____

nata/o a _____ (____) il _____

residente a _____

via _____ n. _____

tel. _____ cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare al Premio di laurea secondo le indicazioni e le procedure contenute nel Bando.

A tal fine dichiara di aver conseguito la Laurea presso l'Ateneo di _____

in data _____ con la seguente votazione _____ .

Dichiara inoltre di aver preso visione di tutte le informazioni e condizioni contenute nel Bando.

Il sottoscritto dichiara 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 D.P.R. 445 del 28.12.2000.

Luogo e data

Firma