

OPERA

Observership ProjEct on infections
Resistant to Antimicrobial treatment

Alla Segreteria Organizzativa
Academy Srl
Via Aosta 4/a
20155 Milano

OGGETTO:

Domanda di partecipazione Progetto di Formazione ECM

OPERA - Observership ProjEct on Resistant infections to Antimicrobial treatment

Il/La Sottoscritto/a _____

CHIEDE

Di partecipare al Progetto di Formazione in oggetto.

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ il _____
- di essere cittadino _____
- di essere residente a _____ provincia _____
- in via/piazza _____
- indirizzo e-mail _____
- telefono _____
- di essere in possesso del titolo di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito il ____/____/____ presso l'Università degli Studi di _____ con votazione _____
- di essere in possesso del titolo di Diploma di Specializzazione in _____ conseguito il ____/____/____ presso l'Università degli Studi di _____ con votazione _____
- di esercitare la Professione presso _____ Dipartimento/U.O. _____ via _____ Città _____ dal ____/____/____
- di avere una buona conoscenza della lingua inglese;
- di essere consapevole della veridicità delle dichiarazioni contenute nella domanda e di essere a conoscenza delle sanzioni penali di cui al DPR 445\2000 in caso di false dichiarazioni.

Allegati alla domanda i seguenti documenti, in formato pdf:

- Curriculum scientifico-professionale corredato dall'eventuale elenco delle pubblicazioni;

Luogo _____ data _____

In fede, _____