



DATI CANDIDATO

NOME

COGNOME

NATO/A

DATA DI NASCITA

RESIDENTE IN

VIA

CAP

E-MAIL

CELLULARE

ANNO DI LAUREA

QUALIFICA ATTUALE

Il candidato, alla scadenza del bando, dichiara, sotto la propria responsabilità, di essere

DIPLOMATO IN MEDICINA GENERALE IL ___/___/___

DIPLOMANDO IN MEDICINA GENERALE

TITOLO DEL LAVORO

INTENDO ESPORRE IL MIO LAVORO ANCHE IN FORMA DI SHORT COMMUNICATION ORALE

Dichiara altresì di essere iscritto alla data odierna allo SNAMI – Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani a partire dal ___/___/___ e di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali secondo le norme vigenti.

DATA

FIRMA