



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI TORINO



DIPARTIMENTO di  
SCIENZE  
CHIRURGICHE

## DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE

**DIRETTORE: Prof. Roberto Albera**

### ALLEGATO 1 (FAC SIMILE DI DOMANDA EX ART 5 DEL BANDO)

Al Direttore del Dipartimento di Scienze Chirurgiche  
Prof. Roberto Albera  
Al Direttore del CIR Dental School  
Prof. Stefano Carossa

**Oggetto: Domanda di partecipazione al concorso per l'attribuzione di borse di studio bandite dal Dipartimento di Scienze Chirurgiche con delibera n. 39/2017 per la frequenza ai Corsi di Master presso la Dental School (BANDO N: 3/2017)**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_  
(Cognome – Nome)

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(città - stato) (data)

e residente in \_\_\_\_\_  
(indirizzo – CAP - città – stato)

telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Presenta la propria domanda di partecipazione al concorso di cui all'oggetto ed a tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità sotto la propria responsabilità

#### **dichiara:**

- che è regolarmente iscritto al Master di:

- 1° livello
- 2° livello

del Dipartimento di Scienze Chirurgiche – Dental School dell'Università degli Studi di Torino in

\_\_\_\_\_  
(titolo del master)

e di:

- NON AVERE ottenuto borse di studio per lo stesso Master da altri enti pubblici o privati

AVERE ottenuto borse di studio per lo stesso Master da altri enti pubblici o privati

- di eleggere domicilio, ai fini del ricevimento delle comunicazioni concorsuali, il seguente indirizzo

---

e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dello stesso.

Allega alla presente domanda

1. Documento ISEU relativo all'anno 2015 rilasciato dall'INPS o dagli Enti Convenzionati (Caf, Comuni, etc.)
2. Copia di documento d'identità del richiedente in corso di validità

Data \_\_\_\_\_

In Fede

---