



## MODULO DI ISCRIZIONE

**Bando per la donazione di un ingresso gratuito al 2° congresso di Wound Care**

**di Brunico 15-16 Maggio 2025**

Il/ la sottoscritto/a	nato a	prov.
residente a	prov.	CAP
in via/ piazza		n°
C.F.		cell.
n° iscrizione all'OPI	pec	
IBAN	<input type="text"/>	

*Ai fini della richiesta di iscrizione al bando in oggetto dichiara*

- Di essere iscritto all'OPI Cagliari*
- Di essere in regola con i pagamenti delle quote annuali di iscrizioni all'ordine*
- Nel caso in cui fossi vincitore del bando di assumere personalmente l'impegno a partecipare al congresso in oggetto e ad utilizzare il contributo economico ai fini del sostenimento delle spese di trasferta*
- Nel caso in cui fossi vincitore del bando mi impegno alla presentazione del mio elaborato in sede di evento organizzato da OPI Cagliari di cui verrò informato con debito anticipo*
- Di autorizzare OPI Cagliari all'utilizzo dell'elaborato ai fini della pubblicazione sul sito ufficiale o all'utilizzo dello stesso presso eventi ai fini della valorizzazione della professione, mantenendo la paternità dello stesso*

ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e consapevole altresì che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione il concorrente decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata

DATA

FIRMA

---