



**OMCeO**  
ORDINE PROVINCIALE DI CHIETI  
DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI

## **BANDO PER L'ASSEGNAZIONE DI DUE BORSE DI STUDIO IN MEMORIA DEL DOTT. ANDREA ZEZZA**

**a favore di neo-laureati in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria  
iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Chieti**

**Anno 2018**

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Chieti indice un bando per l'assegnazione di due borse di studio annuali intitolate alla memoria del **Dott. Andrea Zezza**, tesoriere dell'OMCeO di Chieti dal 2006 al 2016 anno della sua prematura scomparsa, in ricordo delle sue qualità umane e professionali e del suo impegno dedicato alla vita ordinistica.

### Articolo 1

Le borse di studio di € 1.000,00 (euro mille/00) ciascuna sono riservate a due giovani neo-laureati, rispettivamente in Medicina e Chirurgia ed in Odontoiatria, nell'anno solare precedente la scadenza del bando, iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Chieti.

L'erogazione delle borse è interamente a carico dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Chieti ed il relativo onere trova corrispondente copertura nel capitolo U-1-04-002 del bilancio di previsione 2019 approvato dall'assemblea degli iscritti in data 20 dicembre 2018.

### Articolo 2

Possano partecipare al bando i candidati in possesso dei seguenti requisiti:

- Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria e Protesi Dentaria conseguito nel corso dell'anno 2018 presso una Università italiana.
- Iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Chieti alla data di scadenza della presentazione della domanda.

### Articolo 3

I candidati all'assegnazione delle borse di studio dovranno inviare alla segreteria dell'Ordine, **entro e non oltre il 30/04/2019**, i seguenti documenti:

- domanda in carta libera come da modello allegato;
- autocertificazione di laurea in Medicina e Chirurgia con voto finale, comprensiva di voti dei singoli esami sostenuti (per i medici);
- autocertificazione di laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria con voto finale, comprensiva di voti dei singoli esami sostenuti (per gli odontoiatri);
- fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Le domande di partecipazione al bando potranno essere presentata direttamente presso la Segreteria dell'Ordine negli orari di apertura al pubblico o inviate tramite raccomandata A.R. (in tal caso farà fede il timbro dell'ufficio postale accettante).

**Sede legale:**

Via Domenico Spezioli, 56  
66100 CHIETI.

Tel. 0871.41493  
Fax 0871.66748

C.F. 80003590694  
pec: segreteria.ch@pec.omceo.it

e-mail: info@omceoch.it  
www.omceoch.it

#### Articolo 4

Le borse di studio verranno attribuite ai due neolaureati, l'uno in Medicina e Chirurgia l'altro in Odontoiatria e Protesi Dentaria, che avranno riportato il voto di laurea più alto. A parità di voto sarà considerata la media aritmetica dei voti riportati ai singoli esami.

In caso di ulteriore parità verrà premiato il candidato più giovane di età. In caso di rinuncia o decadenza degli aventi diritto, come sopra individuati, subentrerà altro candidato in possesso dei requisiti di idoneità secondo l'ordine della graduatoria.

La Commissione procederà, a suo giudizio insindacabile, alla nomina dei vincitori.

#### Articolo 5

La Commissione giudicante sarà composta da:

- Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Chieti
- Vice Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Chieti
- Segretario Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Chieti
- Tesoriere Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Chieti
- Presidente Commissione Albo Odontoiatri di Chieti

#### Articolo 6

Le borse di studio saranno conferite durante l'Assemblea degli iscritti all'Ordine di cui sarà data comunicazione ai vincitori che si impegnano a presenziare alla cerimonia.

#### Articolo 7

Al presente bando sarà data pubblicità sul sito dell'Ordine [www.omceoch.it](http://www.omceoch.it) e mediante invio di comunicazione per posta ordinaria e/o elettronica ai laureati in Italia nell'anno 2018 ed iscritti agli Albi provinciali alla data di approvazione del bando.

Chieti, 25 febbraio 2019



**Il Presidente OMCeO Chieti**  
**Dott. Ezio Casale**



**OMCeO**  
ORDINE PROVINCIALE DI CHIETI  
DEI MEDICI CHIRURGI  
E DEGLI ODONTOIATRI

## BORSE DI STUDIO IN MEMORIA DEL DOTT. ANDREA ZEZZA

a favore di neo-laureati in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria  
iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Chieti

**Anno 2018**

Domanda di partecipazione

Al Presidente  
dell'Ordine dei Medici  
Chirurghi e degli Odontoiatri  
di Chieti  
Via D. Spezioli 56  
66100 CHIETI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di partecipare all'assegnazione delle "Borse di Studio in memoria del Dott. Andrea Zezza" anno 2018  
indette con bando del 25 febbraio 2019.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28.12.2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali  
previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 28.12.2000 n. 445) e  
consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla  
base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

- di avere conseguito la laurea in
    - Medicina e Chirurgia
    - Odontoiatria e Protesi Dentaria
- in data \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- di essere iscritto
    - all'Albo dei Medici Chirurghi
    - all'Albo degli Odontoiatri
- dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Chieti dal \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

- di essere stato informato sulle finalità e modalità di trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali e del precedente Decreto Legislativo n. 196/2003, come modificato dal Decreto Legislativo n. 101/2018, e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei predetti dati.

- di voler ricevere ogni comunicazione al seguente indirizzo: Dott. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

All'uopo allega:

- Autocertificazione di Laurea in Medicina e Chirurgia e/o Odontoiatria e Protesi Dentaria con voto finale, comprensiva di voti dei singoli esami sostenuti.

- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_