

Allegato 1

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO

*Spett.le Ministero della salute  
Viale Ribotta 5  
00144 ROMA  
c.a. Direzione Generale della comunicazione  
e dei rapporti europei e internazionali*

BANDO DI CONCORSO PER LA PROGETTAZIONE DEL PITTOGRAMMA/LOGOTIPO  
DISTINTIVO DA APPORRE SUL CONFEZIONAMENTO DEI MEDICINALI  
PLASMADERIVATI PRODOTTI DA PLASMA NAZIONALE A SEGUITO DI DONAZIONI  
VOLONTARIE E NON REMUNERATE

Il/la sottoscritto/a Nato/a a .... il

Residente a ... Via/P.zza ... cap

Cittadinanza.....

Codice fiscale ...

Tel/cell:

Fax:

e-mail:

Iscritto/a all'Istituto/Liceo ... Via/Piazza ... Città ... Cap ... e-mail ...

In qualità di concorrente (barrare l'opzione prescelta)

Singolo

Referente di Associazione di volontariato nel settore della salute (indicare ragione sociale, natura giuridica e qualifica dell'associazione)

---

Referente di Gruppo di lavoro (indicare i nomi degli studenti e la classe):

---

con la presente

### DICHIARA

- di possedere i requisiti generali previsti dal presente bando;
- di accettare incondizionatamente ogni norma contenuta nel bando;
- di non avere in corso rapporti di collaborazione con il Ministero della salute;

### CHIEDE

di essere ammesso a partecipare al concorso sopra indicato alle condizioni definite nel bando.

Data ...

Firma ...

Autorizza, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, l'Ente banditore ad utilizzare i dati personali dichiarati per fini istituzionali e necessari per l'espletamento della procedura concorsuale

Data ...

Firma ...

(In caso di partecipante minorenni Nome Cognome e firma di un genitore/Legale Rappresentante)

*Allegare copia di documento di identità del concorrente, studente o referente del gruppo o dell'Associazione (nel caso di partecipante minorenni, allegare anche copia di documento di identità in corso di validità del genitore o del legale rappresentante)*

Allegato 2

DICHIARAZIONE DI CESSIONE DEI DIRITTI

Il sottoscritto Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Residente \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di (barrare l'opzione):

- singolo concorrente
- referente di associazione di volontariato
- referente del gruppo di lavoro

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445:

- che quanto presentato è opera originale di cui si garantisce la piena disponibilità

e

AUTORIZZA

- la cessione irrevocabile al Ministero della salute, titolare del materiale del concorso, di tutti i diritti esclusivi di utilizzazione della proposta con l'autorizzazione esclusiva e illimitata a sfruttare questi diritti, nonché a esercitare ogni autorità derivante dai medesimi in tutto il mondo;
- il Ministero della salute alla riproduzione e all'utilizzo della proposta in qualsiasi forma, compresa la riproduzione mediante mezzi elettronici, e alla sua protezione quale marchio registrato;
- il Ministero della salute ad avvalersi della proposta per l'inserimento nei prodotti dedicati alla comunicazione e, conseguentemente all'esposizione al pubblico.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Firma \_\_\_\_\_

(in caso di partecipante minorenni:

Nome Cognome e firma di un genitore/Legale

Rappresentante)

.....

Si autorizza al trattamento dei dati personali per la sola espletazione delle pratiche relative al  
concorso ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003.