

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI COLLABORAZIONE PER ATTIVITÀ DI DOCENZA AL MASTER IN FISIOTERAPIA MUSCOLOSCHIELETRICA E REUMATOLOGICA

Al Coordinatore del Master in Fisioterapia
Muscoloscheletrica e Reumatologica
dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
DSCMT

Il /La Sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente a _____ in Via _____

Codice Fiscale _____ nazionalità _____

Partita IVA _____

Iscrizione alla Cassa di Previdenza _____

Iscrizione INPS _____

Posizione professionale attualmente rivestita _____

Recapito telefonico _____ e-mail _____

Chiede di essere ammesso/a

alla selezione **Prot. 28 dell'11/01/2023 CODICE _____** per il conferimento dell'incarico di collaborazione per le attività di docenza del Master Fisioterapia Muscoloscheletrica e Reumatologica. A tal fine dichiara di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

a) _____

b) _____

c) _____

e dei seguenti titoli utili ai fini della valutazione comparativa:

a) _____

b) _____

c) _____

Dichiara, ai sensi dell'art. 18, co. 1 della legge 240/2010 di non avere alcun grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento di Scienze Cliniche e Medicina Traslazionale.

Si allega curriculum vitae e copia del documento di identità.
La documentazione dovrà essere inviata in formato pdf.

Roma, _____

Firma