

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI N. 2 INCARICHI DI COLLABORAZIONE PER ATTIVITÀ RELATIVE AL MASTER IN NEUROMUSCULOSKELETAL PHYSIOTHERAPY AND EXERCISE THERAPY**

Al Coordinatore del Master in Neuromusculoskeletal  
Physiotherapy and exercise therapy 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 per il conferimento dell'incarico di collaborazione Prot. 232 del 12/02/2024 per le attività di segreteria didattica-scientifica nell'ambito del Master in Neuromusculoskeletal Physiotherapy and exercise therapy. 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.



**TOR VERGATA**  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA

**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