

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO 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 **AVVISO 6/2024** 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