### CONCORSO PER L’AMMISSIONE AL MASTER UNIVERSITARIO

Fisioterapia muscoloscheletrica e reumatologica. Terapia Manuale ed Esercizio Terapeutico

Anno Accademico 2024/2025

In caso di compilazione a mano, SCRIVERE IN STAMPATELLO

|  |
| --- |
| **DATI ANAGRAFICI** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome** |  |
| **Cognome** |  |
| **Luogo e Data di nascita** |  |
| **Tel. cellulare** |  |
| **Email** |  |

|  |
| --- |
| **FORMAZIONE UNIVERSITARIA – Titolo di ammissibilità** |

|  |
| --- |
| **a) LAUREA TRIENNALE in** Fisioterapia, conseguita ai sensi del DM 270/04 o eventualmente conseguita ai sensi degli ordinamenti previgenti (D.M. 509/99 e Vecchio Ordinamento), che fa riferimento alla classe L-SNT2 – Professioni sanitarie della Riabilitazione. |
| Nome corso di laurea | Laurea in Fisioterapia |
| Data di laurea(gg/mm/aaaa) |  |
| Voto di Laurea |  |
| Nome Ateneo |  |

|  |
| --- |
| **b) Titoli abilitanti all’esercizio della professione sanitaria di “Fisioterapista” ai sensi della Legge n. 1/2002, art. 1 comma 10 unitamente al possesso del diploma di maturità quinquennale** |
| Nome Istituto/Scuola |  |
| Data di conseguimento(gg/mm/aaaa) |  |
| Voto Finale |  |
| Titolo tesi  |  |

|  |
| --- |
| **FORMAZIONE UNIVERSITARIA**  |

|  |
| --- |
| **LAUREA SPECIALISTICA O MAGISTRALE**  |
| Corso di laurea/ Nome Ateneo |  |
| Anno di conseguimento |  |
| Voto di Laurea |  |
| Titolo tesi |  |
| **EVENTUALE SECONDA LAUREA – Indicare solo se conseguita nelle aree sanitarie e biologiche** |
| Classe di Laurea |  |
| Nome Ateneo |  |
| Data di conseguimento |  |
| Voto di Laurea |  |

|  |
| --- |
| **FORMAZIONE POST LAUREA DI TIPO UNIVERSITARIO** |

|  |
| --- |
| **DOTTORATO** |
| Titolo/Ateneo |  |
| Data di conseguimento |  |
| **MASTER UNIVERSITARI (solo se erogati da Istituti Universitari – Indicare durata, CFU, data di inizio e termine)** |
| Titolo 1 |  |
| Nome Università che ha istituito il corso, durata, CFU e durata della data di inizio e termine |  |

*Aggiungere righe se necessario*

|  |
| --- |
| **CORSI UNIVERSITARI DI ALTA FORMAZIONE o DI PERFEZIONAMENTO ed ESPERIENZE DI STUDIO ALL’ESTERO - Solo se attinenti (in ambito sanitario).****Indicare: Titolo del corso, tipologia del corso, durata, crediti attribuiti (CFU), Istituto erogante, data di inizio e data di termine** |
| Titolo1 e tipologia corso |  |
| Nome Università che ha istituito il corso, durata, CFU e durata della data di inizio e termine  |  |
| Titolo2 |  |
| Nome Università che ha istituito il corso, durata, CFU e durata della data di inizio e termine |  |

*Aggiungere righe se necessario*

|  |
| --- |
| **PUBBLICAZIONI ATTINENTI – Inserire solo se su riviste indicizzate****(Per ogni pubblicazione specificare: autori e co-autori, titolo pubblicazione – voce di indice, tipologia – articolo etc – dove è stata pubblicata, anno di pubblicazione)** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |

|  |
| --- |
| **PARTECIPAZIONE A CORSI NON UNIVERSITARI, SEMINARI E CONVEGNI** **(per ogni iniziativa indicare: Titolo, Struttura erogante, ECM, Durata in giorni/ore di formazione erogata, data inizio e data termine. Si deve allegare l’attestato conseguito. Si possono aggiungere tante righe quante le attività da presentare. In mancanza dei dettagli richiesti e dell’attestato, l’elemento non potrà essere valutato.** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |

*Aggiungere righe se necessario*

|  |
| --- |
| **ESPERIENZE PROFESSIONALI** **(indicare esclusivamente le esperienze professionali, a partire dalla data di conseguimento del titolo abilitante – le precedenti esperienze non verranno valutate.)****Per ogni esperienza professionale specificare:*** **Datore di lavoro (se non si tratta di lavoro in libera professione) o indicare Libera professione**
* **Data di inizio e fine dell’esperienza professionale, nella formula MM/AAAA.**

**NON verranno valutati gli elementi incompleti della valorizzazione temporale nella formula MM/AAAA** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |

*Aggiungere righe se necessario*

|  |
| --- |
| **Esperienza di Docenza, Codocenza attività di assistenza didattica nelle materie oggetto del Master****Indicare: Struttura organizzativa, titolo dell’attività per la quale si è prestato servizio, tipologia dell’incarico e durata (in h/ formazione)** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

*Aggiungere righe se necessario*

*Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/2003 e del Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  Data |  |  | Firma (\*) |  |

Si informa che i CV non firmati NON saranno oggetto di valutazione.