

CONCORSO PER L'AMMISSIONE AL MASTER UNIVERSITARIO

Fisioterapia muscoloscheletrica e reumatologica. Terapia Manuale ed Esercizio
Terapeutico

Anno Accademico 2026/2027

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

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

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. <u>NON verranno valutati gli elementi incompleti della valorizzazione temporale nella formula MM/AAAA</u>	
1	
2	
3	
4	

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 la scheda se non firmata NON potrà essere oggetto di valutazione.