



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DEL MOLISE

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE
MASTER BIENNALE UNIVERSITARIO DI I LIVELLO
IN
“FISIOTERAPIA MUSCOLOSCELETRICA E REUMATOLOGICA”

A.A. 2023/2024- 2024/2025

VI EDIZIONE

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Direttore del Centro Unimol Management
Università degli Studi del Molise
via F. De Sanctis, snc
86100 – CAMPOBASSO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov. ____) il _____
residente in _____ (prov. _____) cap _____
via _____ n° _____ tel. _____ cell. _____ e-
mail _____

CHIEDE

di essere **ammesso/a** al Master Universitario Biennale di I livello in “**Fisioterapia Muscoloscheletrica e Reumatologica**”, per gli anni accademici **2023/2024- 2024/2025**

A tal fine, a conoscenza e consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti:

Laurea primo livello in Fisioterapia (L SNT/2)

titolo della tesi _____
conseguito il _____ presso _____

con votazione ____ / ____ durata _____

diploma universitario abilitante o titolo equipollente equivalente ai sensi dell'art. 4, Legge 26 febbraio 1999, n. 42. In caso di possesso di titolo equipollente (ai sensi della Legge n.1 del 08.01.2002) i candidati devono comunque essere in possesso di un diploma di maturità valido per l'ammissione all'Università.

Inoltre, allega alla presente:

- Curriculum vitae in Formato Europeo, redatto in lingua italiana e debitamente sottoscritto, che illustri in dettaglio le competenze culturali e/o professionali del candidato
- Scheda Titoli
- Fotocopia fronte-retro di un documento di riconoscimento in corso di validità.

_____ li, _____

FIRMA

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che, in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera e perde il diritto a qualsiasi forma di intervento per tutta la durata del corso di studi, salva in ogni caso l'applicazione delle norme penali per i fatti costituenti reato.

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere informato/a ai sensi e per gli effetti di cui all'Informativa del REGOLAMENTO UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione è resa e accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

_____ li, _____

Il dichiarante

(firma per esteso e leggibile)



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DEL MOLISE



MASTER
SCIENZA E PRATICA
IN FISIOTERAPIA
MUSCOLOSCHIELETRICA
E REUMATOLOGICA
UNIMOL

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE
MASTER BIENNALE UNIVERSITARIO DI I LIVELLO
Edizione

in "FISIOTERAPIA MUSCOLOSCHIELETRICA E REUMATOLOGICA"
MANUAL THERAPY, PAIN SCIENCE & REHABILITATION EXERCISE
A.A. 2023/2024 - 2024/2025

ANAGRAFICA

Nome	
Cognome	
Data di nascita	
Telefono	
Email	

FORMAZIONE UNIVERSITARIA (Requisito minimo di ammissione)

Laurea triennale in FISIOTERAPIA o Diploma universitario di "Fisioterapia", conseguito ai sensi dell'Art. 6, comma 3, del D.Lgs. 30/12/92 n. 502 e s.m.i. o i diplomi e attestati conseguiti in base al precedente ordinamento riconosciuti equipollenti al diploma universitario ai fini dell'esercizio della professione e dell'accesso ai pubblici uffici (D.M. 27/7/2000);

Data di conseguimento	
Voto di Laurea	
Ateneo	

ULTERIORI TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO

LAUREA MAGISTRALE (SNT SPEC/2 - LM/SNT2)

1	Corso di Laurea	
	Data di conseguimento	
	Voto di Laurea	
	Ateneo	
2	Corso di Laurea	
	Data di conseguimento	
	Voto di Laurea	
	Ateneo	

DOTTORATO DI RICERCA

Data di conseguimento	
Ateneo	

MASTER UNIVERSITARI

--

1	Denominazione	
	Data di conseguimento	
	Ateneo	
2	Denominazione	
	Data di conseguimento	
	Ateneo	
3	Denominazione	
	Data di conseguimento	
	Ateneo	

LAUREA AGGIUNTIVA al requisito minimo di ammissione

Denominazione	
Data di conseguimento	
Voto di Laurea	
Ateneo	

ALTRA FORMAZIONE UNIVERSITARIA (Corsi di perfezionamento o alta formazione)

1	Denominazione	
	Data di conseguimento	
	Ateneo	
2	Denominazione	
	Data di conseguimento	
	Ateneo	

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI

PUBBLICAZIONI (indicare: titolo, autori, anno di pubblicazione, rivista)

1	
2	
3	
4	
5	

TITOLI DI CARRIERA PROFESSIONALE

Inizio - Fine	Datore di lavoro o Libera Professione

CORSI ECM (No FAD) RELATIVI ALLA FISIOTERAPIA MUSCOLOSCELETRICA SVOLTI DAL 2018 AD OGGI

Verrà valutata solo formazione coerente alla fisioterapia muscoloscheletrica, con crediti ecm conseguiti dal 2018.

	TITOLO	SEGRETERIA ORGANIZZATIVA	n° ECM	DURATA giorni/ore
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

DOCENZA, CODOCENZA, ASSISTENZA ALLA DIDATTICA

Indicare tipologia dell'incarico e durata (ore di didattica)

1	
2	
3	

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.

Il dichiarante è consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

Luogo, data

Firma