



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DEL MOLISE



MASTER  
SCIENZA E PRATICA  
IN FISIOTERAPIA  
MUSCOLOSCHELETRICA  
E REUMATOLOGICA  
UNIMOL

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

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

<b>ANAGRAFICA</b>	
Nome	
Cognome	
Data di nascita	
Telefono	
Email	

<b>FORMAZIONE UNIVERSITARIA (Requisito minimo di ammissione)</b>	
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	

<b>ULTERIORI TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO</b>	
<b>LAUREA MAGISTRALE (SNT SPEC/2 - LM/SNT2)</b>	
1	Corso di Laurea
	Data di conseguimento
	Voto di Laurea
	Ateneo

2	Corso di Laurea
	Data di conseguimento
	Voto di Laurea
	Ateneo

<b>DOTTORATO DI RICERCA</b>	
Data di conseguimento	
Ateneo	

<b>MASTER UNIVERSITARI</b>	
1	Denominazione
	Data di conseguimento
	Ateneo
2	Denominazione

Data di conseguimento	
Ateneo	

3	Denominazione	
	Data di conseguimento	
	Ateneo	

<b>LAUREA AGGIUNTIVA al requisito minimo di ammissione</b>	
Denominazione	
Data di conseguimento	
Voto di Laurea	
Ateneo	

<b>ALTRA FORMAZIONE UNIVERSITARIA (Corsi di perfezionamento o alta formazione)</b>		
1	Denominazione	
	Data di conseguimento	
	Ateneo	

2	Denominazione	
	Data di conseguimento	
	Ateneo	

<b>PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI</b>	
<b>PUBBLICAZIONI (indicare: titolo, autori, anno di pubblicazione, rivista)</b>	
1	
2	
3	
4	
5	

<b>TITOLI DI CARRIERA PROFESSIONALE</b>	
<b>Inizio - Fine</b>	<b>Datore di lavoro o Libera Professione</b>

<b>CORSI ECM (No FAD) RELATIVI ALLA FISIOTERAPIA MUSCOLOSCHIELETRICA SVOLTI DAL 2018 AD OGGI</b>			
Verrà valutata solo formazione coerente alla fisioterapia muscoloscheletrica, con crediti ecm conseguiti dal 2018.			
<b>TITOLO</b>	<b>SEGRETERIA ORGANIZZATIVA</b>	<b>n° ECM</b>	<b>DURATA giorni/ore</b>
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