



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DEL MOLISE



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

Corso di Perfezionamento in “*Esercizio terapeutico e strategie relazionali in fisioterapia*”  
2023/2024

**Domanda di partecipazione all’Avviso di Selezione per l’affidamento di n. 13 incarichi di docenza.**

Al Direttore del  
Centro Unimol Management  
prof. Michele Modena  
via F. De Sanctis, snc  
86100 - Campobasso

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) cap \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alla selezione pubblica per il conferimento dell’incarico di docenza nell’ambito del Corso di Perfezionamento in “*Esercizio terapeutico e strategie relazionali in fisioterapia*”  
(Barrare con una X la/e casella/e corrispondente al codice di insegnamento a cui intende partecipare)

- codice ET-TM
- codice BIOM
- codice ET-LM
- codice ET-PCQINF
- codice ET-PCQSUP
- codice ET-MCNT
- codice ET-TE
- codice ET-PSI
- codice PSI-FI
- codice ET-RC
- codice ET-EBP

**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 dei seguenti requisiti:

- Laurea in Fisioterapia  Laurea in Psicologia  Laurea in Scienze Motorie

titolo della tesi \_\_\_\_\_  
conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
con votazione \_\_\_\_/\_\_\_\_ durata \_\_\_\_\_

Allega alla presente:

1. dettagliato *curriculum vitae*, in formato europeo, sottoscritto;
2. fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità
3. Dichiarazione del collaboratore

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
**(Luogo)** **(Data)**

**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'art. 11 del decreto legislativo 196/03, 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**

---