

## ALLEGATO 1

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di partecipare alla valutazione comparativa per titoli ed eventuali colloqui per l'attivazione di n. 6 contratti di lavoro autonomo occasionale per l'allestimento di preparazioni anatomiche su cadavere e per l'attività di tutoraggio nel corso delle esercitazioni pratiche di Anatomia in sala settoria rivolte agli studenti per le edizioni del Master annuale con frequenza biennale in "Fisioterapia Muscoloscheletrica. Terapia Manuale ed Esercizio Terapeutico" A.A. 2022/2023 –prima annualità.

Codice di Selezione n.: \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, che tutto quanto indicato, nella presente domanda corrisponde al vero, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000:

|                                  |                      |      |                      |                          |
|----------------------------------|----------------------|------|----------------------|--------------------------|
| COGNOME                          | <input type="text"/> |      |                      |                          |
| NOME                             | <input type="text"/> |      |                      |                          |
| DATA DI NASCITA                  | <input type="text"/> |      |                      |                          |
| LUOGO DI NASCITA                 | <input type="text"/> | PROV | <input type="text"/> |                          |
| RESIDENTE A                      | <input type="text"/> | PROV | <input type="text"/> | CAP <input type="text"/> |
| VIA                              | <input type="text"/> | N.   | <input type="text"/> |                          |
| CITTADINANZA ITALIANA            | <input type="text"/> | SI   | <input type="text"/> | NO <input type="text"/>  |
| CITTADINI UE: cittadinanza       | <input type="text"/> |      |                      |                          |
| CITTADINI extra UE: cittadinanza | <input type="text"/> |      |                      |                          |

ISCRIZIONE LISTE ELETTORALI  
(Solo per i cittadini italiani)

|                      |    |               |
|----------------------|----|---------------|
| <input type="text"/> | SI | Comune: _____ |
| <input type="text"/> | NO | Perché _____  |

**CONDANNE PENALI (a)**

|                      |    |             |
|----------------------|----|-------------|
| <input type="text"/> | NO |             |
| <input type="text"/> | SI | Quali _____ |

DICHIARO

Dichiaro di non essere stato dipendente di una Pubblica Amministrazione, così come individuata dall'art. 1 comma 2 del D.Lgs 165/2001

### Oppure

Dichiaro di essere stato dipendente della Pubblica Amministrazione \_\_\_\_\_ (indicare denominazione della PA) e di non aver, negli ultimi tre anni di servizio, esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della predetta pubblica amministrazione nei confronti della Fondazione.....

#### **TITOLO DI STUDIO:**

➤ **Ordinamento previgente:** \_\_\_\_\_

Rilasciato dalla Facoltà di \_\_\_\_\_

Università degli studi di \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

Conseguito in data

|  |       |
|--|-------|
|  | Voto: |
|--|-------|

➤ **Nuovo ordinamento:** \_\_\_\_\_

appartenente alla Classe di laurea di primo livello o specialistica/magistrale \_\_\_\_\_

Rilasciato dalla Facoltà/Scuola di \_\_\_\_\_

Università degli studi di \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

Conseguito in data

|  |       |
|--|-------|
|  | Voto: |
|--|-------|

#### REQUISITI DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE:

- Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia o iscrizione al V e VI anno del corso di Laurea Magistrale in Medicine e Chirurgia (qualora il corso di laurea sia ancora in corso di svolgimento, fornire la lista degli esami sostenuti (transcript accademico));  SI  NO
- Precedenti esperienze professionali o formative di anatomia settoria acquisite durante il Corso di studio presso l'Università di Bologna;;  SI  NO
- Precedenti esperienze di tutoraggio svolte in Sala anatomica;;  SI  NO
- Assenza di condanne penali e di procedimenti penali pendenti (in caso contrario indicare quali);  SI  NO
- ottima conoscenza della lingua italiana (se stranieri).  SI  NO

di dichiarare nel curriculum allegato all'istanza di partecipazione i titoli che si intendono presentare ai fini della loro valutazione.

Essere portatore di handicap

|    |
|----|
| SI |
| NO |

e avere necessità del seguente ausilio

---

di eleggere il proprio domicilio per le comunicazioni in merito a questa selezione in

|                     |                      |                      |                      |     |                      |
|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----|----------------------|
| VIA                 | <input type="text"/> | N.                   | <input type="text"/> |     |                      |
| COMUNE              | <input type="text"/> | PROV                 | <input type="text"/> | CAP | <input type="text"/> |
| TELEFONO            | <input type="text"/> |                      |                      |     |                      |
| CELLULARE           | <input type="text"/> |                      |                      |     |                      |
| INDIRIZZO<br>E-MAIL | <input type="text"/> |                      |                      |     |                      |
|                     | PRESSO               | <input type="text"/> |                      |     |                      |

Il/la sottoscritto/a allega alla presente istanza copia fotostatica di un valido documento di riconoscimento.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche e/o integrazioni alla luce del Regolamento (UE) 679/2016 Codice in materia di protezione dei dati personali per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data,

Firma

Allega alla presente istanza il proprio *curriculum vitae* datato e sottoscritto e dichiara che tutto quanto in esso indicato corrisponde al vero ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e che le eventuali fotocopie allegate sono conformi all'originale ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000.

Data,

Firma