**Al Coordinatore del Corso di Studio in Fisioterapia**

**SEDE**

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

**Nato/a a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**il**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Residente in** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Via** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tel** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **e-mail** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CF** \_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │

**SSD** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Matricola** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Categoria di appartenenza:***

|  |  |
| --- | --- |
| **🞎** | **personale non docente universitario** dell’area tecnico-scientifica e socio-sanitaria dell’Università di Messina in servizio presso l’AOU “G. Martino” |
| **🞎** | **personale dei ruoli tecnici e sanitari del servizio sanitario regionale** in servizio presso l’AOU “G. Martino” |

**CHIEDE**

* La seguente attività di tutorato per l’a.a. 2025/2026

|  |  |
| --- | --- |
| **Scelta** | **Corso di Studio** |
|  | Fisioterapia |

**Il/La sottoscritto/a dichiara la propria disponibilità a svolgere la suddetta attività a titolo gratuito.**

Inoltre, ai fini del conferimento dell’insegnamento ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci dall’art. 76 del citato decreto e dalle leggi speciali in materia, consapevole altresì che in caso di dichiarazione mendace saranno revocati i benefici concessi

Allega:

* Curriculum Vitae sottoscritto
* Documento di identità in corso di validità

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma