# Al Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia

# Università degli Studi di Palermo

***Oggetto: Domanda di affidamento di attività formative professionalizzanti CdS Fisioterapia, per contratto A.A. 2024/2025***

Il/La sottoscritto/a nato/a a

il ….../…../……., Codice Fiscale residente a

Via n. c.a.p. Tel. n.

Cellulare Indirizzo e-mail

Indirizzo pec

PERSONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE in convenzione presso l’AOUP “P. GIACCONE”

UOC/UOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.O. Città di

In possesso di:

* Laurea o titolo equipollente in

Conseguita/o il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Laurea Magistrale in

Conseguita/o il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto all’ordine Professionale della Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE** l’affidamento con contratto di diritto privato, ai sensi dello specifico regolamento vigente,

(Esempio: N. Prog. **FIS/01**, Tirocinio: **1**; anno **1**, CFU **2**, ORE **30**)

* **N. Prog. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tirocinio \_\_\_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
* **N. Prog. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tirocinio \_\_\_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
* **N. Prog. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tirocinio \_\_\_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
* **N. Prog. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tirocinio \_\_\_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
* **N. Prog. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tirocinio \_\_\_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
* **N. Prog. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tirocinio \_\_\_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_;**

**Corso di Laurea/Corso di Laurea Magistrale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sede formativa di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

A tal fine **DICHIARA**, sotto la propria personale responsabilità

1. di essere stato docente tutor delle discipline professionalizzanti

nel Corso di Studi negli a.a.:

1. di non avere rapporti di parentela o di affinità fino al quarto grado compreso con un professore appartenente al dipartimento o alla struttura che effettua la procedura ovvero con il Rettore, il Direttore Amministrativo o un componente del consiglio di amministrazione dell’Ateneo (L. 30 dicembre 2010 n. 240 - articolo 18 comma 1 lettere b) e c)
2. di avere preso personalmente visione del presente avviso emanato dalla Scuola di Medicina e Chirurgia **prot. n. 21171 del 07.02.25 - Scadenza entro le ore 12:00 del 17/02/2025.**

**Infine, ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità dichiara veritiero quanto espresso nel curriculum e sul possesso dei titoli presentati ed allegati alla presente domanda.**

Palermo, lì

FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_