**MODULO N.1**

**All’Ufficio Presidio Scuole di Specializzazione e Incarichi Didattici Personale SSR**

**Facoltà di Medicina e Chirurgia**

**Via Tronto, 10**

**60126 Torrette di Ancona**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

recapiti telefonici (cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ufficio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Abitazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*recapito alternativo a cui inviare le comunicazioni (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione per titoli e colloquio per il conferimento dell’incarico triennale di Tutore **a tempo pieno** nell’ambito del Corso di Laurea in Terapia della Neuro e Psicomotricità dell’Età Evolutiva.

A tal fine, il/la sottoscritto/a

**DICHIARA**

* di essere dipendente, a tempo indeterminato dell’Azienda/Istituto/Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ inserita/o nella rete formativa del Corso;
* di appartenere alla professione propria del Corso (Terapista della Neuro e Psicomotricità dell’Età Evolutiva);
* di essere in possesso di una documentata esperienza almeno quinquennale nella professione di Terapista della Neuro e Psicomotricità dell’Età Evolutiva;
* di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti formativi
  + laurea specialistica/magistrale della professione propria del Corso di studio;
  + laurea di I livello o titolo professionale equipollente con master di I livello della professione propria del Corso di studio.

***o, in alternativa,***

* + di essere in possesso del titolo professionale e di un’esperienza almeno settennale nel profilo
* di essere a conoscenza e di acconsentire che la graduatoria per il conferimento dell’incarico sarà pubblicata nel portale della Facoltà di Medicina e Chirurgia – Università Politecnica delle Marche con i dati anagrafici desunti dalla presente domanda;
* di essere a conoscenza che i dati personali forniti attraverso la domanda verranno trattati - manualmente e/o con mezzi automatizzati – dall’Università Politecnica delle Marche, per consentire lo svolgimento della procedura di selezione ed altre esigenze istituzionali *(D.Lgs. n.196/2003);*
* di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall‘art. 76 DPR 28.12.2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità e di dichiarare, sotto la propria personale responsabilità, che tutto quanto indicato nella presente domanda e nella documentazione allegata corrisponde al vero;
* di essere a conoscenza che, in caso di affidamento dell’incarico, l’Amministrazione ha la facoltà di accertare d’ufficio la veridicità di quanto dichiarato sulla base di quanto previsto dal D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in tema di controlli.

Il/la sottoscritto/a allega inoltre:

* curriculum vitae idoneo a comprovare i titoli formativi, professionali e di carriera;
* il nulla osta rilasciato dal Direttore dell’Azienda/Istituto/Ente;
* fotocopia di un valido documento di riconoscimento.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MODULO N.2**

**NULLA OSTA**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Direttore della \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ esprime il proprio

**NULLA OSTA**

alla richiesta presentata dal/dalla Sig./Sig.ra - Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dipendente dell’Azienda/Istituto/Ente da me diretta/o, in merito all’affidamento dell’incarico triennale di tutore di tirocinio **a tempo pieno** presso il Corso di Laurea in Terapia della Neuro e Psicomotricità dell’Età Evolutiva.

\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(luogo) (data)

Firma

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