



Prof. Raoul Saggini
Ordinario di Medicina Fisica e Riabilitativa
Direttore della Scuola di Specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitativa
Coordinatore Nazionale delle Scuole di Specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitativa
Presidente del Corso di Laurea in Fisioterapia
Scuola di Medicina e Scienze della Salute
Università degli Studi "Gabriele d'Annunzio" – Chieti-Pescara
Viale Abruzzo, 322 – 66100 Chieti
tel. 0871 3553006 – fax 0871 3553224
e-mail: raoul.saggini@unich.it P.IVA 01768550483
Iscritto all'Ordine dei Medici e dei Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze N.6144 del 2/07/1979

AVVISO PER LA SELEZIONE PER TITOLI DI N. 12 TUTOR CLINICI NEL CORSO DI STUDI IN FISIOTERAPIA DELL'UNIVERSITA' DI CHIETI-PESCARA

A.A. 2020/2021

SEDE FORMATIVA CHIETI-PESCARA

Viene indetta una selezione per Tutor Clinici per il Corso di Studi in Fisioterapia A.A. 2020/2021 da svolgersi per titoli .

I requisiti di ammissione sono

1. Appartenere allo specifico profilo professionale del corso di studio;
2. Essere dipendente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato/determinato dell'ASL Pescara.

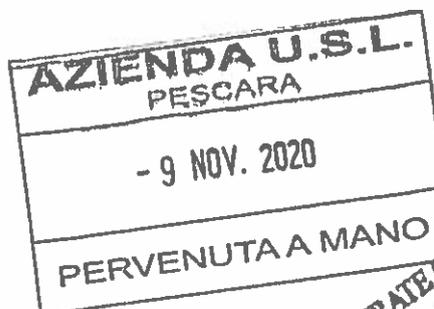
Modalità e termini per la presentazione delle domande:

Le domande di ammissione alla selezione di cui all'allegato 1 , dovranno essere presentate entro le ore 12 del 17 Novembre 2020 con la modalità di invio telematico con posta elettronica all'indirizzo: marzia.damiani@ausl.pe.it e raoul.saggini@unich.it e r.gentemagnani@cineca.it

Chieti, li 09/11/2020

Il Presidente CDS in Fisioterapia

Prof. Raoul Saggini



DEL FRATE QUERLANDO

Azienda Sanitaria Locale Pescara

Registro: ASLPERP01 Uff. IPA: as PE
Prot. n. 0149933/20 del 09/11/2020



APE00068593

Università "Gabriele d'Annunzio"

Chieti – Pescara

SCUOLA DI MEDICINA E SCIENZE DELLA SALUTE

Corso di Studio in Fisioterapia

Presidente: Prof. Raoul Saggini

Viale Abruzzo 322, 66013 Chieti



Al Presidente
CdS in Fisioterapia
Prof. Raoul Saggini

OGGETTO: Domanda di partecipazione alla selezione per titoli per l'affidamento della funzione di Tutor nel Corso di Studi in Fisioterapia. A.A. 2020/2021
Sedi Formative: Chieti-Pescara

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(Resa ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – G.U. n. 42 del 20/02/2001)

Il/La sottoscritto/a _____
(Cognome e Nome)

chiede di essere ammesso/a alla selezione per titoli, per l'affidamento della funzione di Tutor nel Corso di Studio in Fisioterapia – sede di Chieti-Pescara

A tale fine (consapevole delle responsabilità penali previste in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci - art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445):

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ Prov. (____) il _____
- di essere di nazionalità _____ e cittadinanza _____
- codice fiscale
- di essere residente in Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____ Comune _____ Prov. (____)
- di avere il Domicilio Fiscale (se diverso dalla residenza) Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____ Comune _____ Prov. (____)
- essere in servizio presso: Unità Operativa _____ Sede: P.O. di _____
- Profilo Professionale _____

Dichiara di:

- appartenere allo specifico profilo professionale del corso di studio cui è riferito con iscrizione all'Albo Professionale con dichiarazione del numero di iscrizione;
- avere un'esperienza professionale, non inferiore a 2 anni, nell'ambito clinico;
- essere in possesso di Laurea in Fisioterapia;
- possedere eventualmente anche il seguente titolo di studio:

Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie classe LM/SNT2

conseguito il _____ presso _____;

Master di 1° Livello in _____

conseguito il _____ presso _____

Master di 2° Livello in _____;

conseguito il _____ presso _____;

Altri Titoli _____

Allega alla presente *curriculum vitae* datato e firmato, contenente indicazioni esaurienti sui titoli di studio, sul possesso di elevate competenze tecnico-cliniche e formativo-educative e fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Comunica inoltre i seguenti dati:

1) Indirizzo e-mail al quale inviare le comunicazioni:

_____@_____

2) recapito telefonico: _____

cellulare: _____

e/o il fax: _____

3) residenza: Via _____ n. _____

Città _____ Provincia _____ C.A.P. _____

Dichiara altresì di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente richiesta viene presentata e che il trattamento è disciplinato dal D.Lgs. 101/2018".

In fede

Data _____

D. Mitozizza l'effusione

ASL PESCARA - U.O.C.
Direzione Amm. del Presidi Ospedalieri
PESCARA - PENNE - POPOLI
IL DIRETTORE
Dott. Federico DE NICOLA

ESISTENTE - *[faint text]*

6

[faint text]

[faint text]