

**MODULO DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER  
L'ASSUNZIONE DI UN FISIOTERAPISTA**

**Alla Fondazione Scarpari Forattini Onlus  
Via Garibaldi 25  
46020 Schivenoglia MN**

Luogo e Data \_\_\_\_\_

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

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

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

n. telefono fisso \_\_\_\_\_ n. telefono cellulare \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter partecipare alla selezione per l'assunzione/collaborazione di n. **UN FISIOTERAPISTA.**

A tale scopo dichiara sotto la propria responsabilità:

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- di essere cittadino italiano o cittadino di uno stato membro dell'Unione Europea; o della cittadinanza extraeuropea in regola con i requisiti di legge; (indicare la cittadinanza)  
\_\_\_\_\_
- di aver compiuto il diciottesimo anno di età;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di avere idoneità psico-fisica all'impiego;
- di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso;
- di indicare quale indirizzo mail a cui verrà trasmessa ad ogni effetto qualsiasi comunicazione relativa alla procedura di selezione. Eventuali successive variazioni dovranno essere comunicate dallo stesso aspirante;  
indirizzo mail \_\_\_\_\_
- Di dare indicazione dei recapiti telefonici a cui fare riferimento per ogni comunicazione relativa alla procedura di selezione in alternativa all'indirizzo di posta elettronica.  
n. telefono fisso \_\_\_\_\_ n. telefono cellulare \_\_\_\_\_
- di aver svolto le seguenti prestazioni lavorative (indicare il datore di lavoro – le sedi di lavoro – la durata delle diverse esperienze lavorative (data inizio e data fine) e la mansione svolta nell'ultimo triennio):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- di essere in possesso dei seguenti titoli (corsi di specializzazione, etc. )

---

---

---

---

- di essere in possesso di Patente di guida – Categoria \_\_\_\_\_
- di essere automunito.
- di conoscere e comprendere la lingua italiana.
- di avere completato il ciclo vaccinale (certificato vaccinazione Covid-19)
- di sottoscrivere consenso alla vaccinazione completa AntiCovid-19.

- Allego alla presente fotocopia del documento d'identità.
- Allego alla presente curriculum vitae
- Allego alla presente fotocopia titolo di studio posseduto.

In fede

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso)

Le dichiarazioni rese e sottoscritte nell'istanza di ammissione hanno valore di autocertificazione (D.P.R. 445/2000). Nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti si è soggetti alle sanzioni penali previste dalle vigenti disposizioni legislative.

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso)