

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FIRENZE – MASTER DI 1° LIV. IN FISIOTERAPIA PEDIATRICA  
DOMANDA DI AMMISSIONE AA.AA. 2021/2023

**ALLEGATO A: INFORMAZIONI SPECIFICHE AGGIUNTIVE\***

*\*da compilare il modello in tutte le sue parti ed inviare insieme al proprio curriculum vitae e alla domanda di partecipazione*

**TITOLO DI STUDIO IN FISIOTERAPIA**

- Corso di Laurea di 1° livello in Fisioterapia presso l'Università .....  
..... in data.....
- Titolo equipollente.....  
presso l'ente .....in data.....
- Titolo della tesi .....
- Voto finale .....

**LAVORO ATTUALE**

- disoccupato     libero professionista
- Servizio Sanitaria Nazionale (ASL, ecc.)     Centro convenzionato     Centro privato
- contratto a tempo indeterminato
- contratto a tempo determinato (N° ore settimanali, scadenza contratto) .....
- Lavoro con l'età pediatrica  NO     SI     al 100%     ≥ 50%     ≤ 50%
- Patologie pediatriche trattate:  
.....

**ESPERIENZE GENERALI (sociali, educative, sportive, ecc) CON L'ETA' PEDIATRICA (0-16 anni)**

**ESPERIENZE ALL'ESTERO (paese, durata, motivo)**

**DICHIARAZIONE**

**A)**

Il/la sottoscritto/a, in possesso del titolo di studio in fisioterapia, laureato/a da meno di 2 anni dichiara che, nel caso di ammissione al Master, come richiesto nel bando, frequenterà a tempo pieno (≥ 25 ore settimanali) un servizio di fisioterapia pediatrica per la durata del Master (febbraio-dicembre dell'a.a.) presso

- sede di lavoro
- Riabilitazione Funzionale, AOU Meyer, Firenze, sede didattica del corso *in caso di disponibilità di posto*
- Riabilitazione Funzionale, ASL di Prato, convenzionata con l'Università di Firenze *in caso di disponibilità di posto*
- Altra sede.....

data

FIRMA

**B1)**

Il/la sottoscritto/a, in possesso del titolo di studio in fisioterapia, laureato/a da più di 2 anni, ma non impegnato/a attualmente in ambito pediatrico, dichiara che, nel caso di ammissione al Master, frequenterà a tempo pieno (≥ 25 ore settimanali) un servizio di fisioterapia pediatrica per la durata del Master (febbraio-dicembre dell'a.a.) presso

- sede di lavoro
- Riabilitazione Funzionale, AOU Meyer, Firenze, sede didattica del corso *in caso di disponibilità di posto*
- Riabilitazione Funzionale, ASL di Prato, convenzionata con l'Università di Firenze *in caso di disponibilità di posto*
- Altra sede.....

data

FIRMA

**B2)**

**Il/la sottoscritto/a , in possesso del titolo di studio in fisioterapia, laureato/a da più di 2 anni, ma non impegnato/a attualmente in ambito pediatrico, dichiara che, nel caso di ammissione al Master, frequenterà per numero ore settimanali: ..... (specificare numero ore settimanali) un servizio di fisioterapia pediatrica per la durata del Master (febbraio-dicembre dell'a.a.) presso**

- sede di lavoro
- Riabilitazione Funzionale, AOU Meyer, Firenze, sede didattica del corso *in caso di disponibilità di posto*
- Riabilitazione Funzionale, ASL di Prato, convenzionata con l'Università di Firenze *in caso di disponibilità di posto*
- Altra sede.....

**data**

**FIRMA**

**C)**

**Dichiara invece che non frequenterà un servizio di fisioterapia pediatrica come sopra durante il corso se non per le ore di tirocinio obbligatorio previste dal Master**

**data**

**FIRMA**

**Una certificazione da parte dell'Ente con cui si sono presi accordi per la frequenza in cui si dichiarano i termini della frequenza stessa andrà presentata in occasione del primo accesso al corso (dicembre 2015-gennaio 2016).**

#### **NOTA PER TUTTI I CANDIDATI**

**Indicazioni aggiuntive per la compilazione del curriculum vitae da allegare alla domanda di ammissione**

- 1. nella sezione riguardante la formazione post-laurea, specificare per ogni evento riguardante l'età pediatrica: il titolo completo del corso, la sede, le date, gli organizzatori, il numero di ore e il numero di crediti ECM;**
- 2. fornire dettagli rispetto ad a) pubblicazioni, b) esperienze di docenza e tutoraggio e c) esperienze di ricerca**