AL DIRIGENTE SCOLASTICO

 DELL’ISTITUTO COMPRENSIVO

 DI TRESCORE CREMASCO

|  |  |
| --- | --- |
| Oggetto: | Domanda di partecipazione alla selezione per l’attribuzione dell’incarico di esperto Psicologo per l’attivazione del servizio di supporto psicologico – A.S.2020/21. |

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di partecipare alla selezione per l’attribuzione dell’incarico di esperto Psicologo per l’attivazione del servizio di supporto psicologico al personale scolastico, a studenti e a famiglie dell’Istituto Comprensivo di Trescore Cremasco nell’a.s.2020/21, per rispondere a traumi e disagi derivanti dall’emergenza Covid-19, nell’ambito del Protocollo d’Intesa sottoscritto tra il Ministero dell’Istruzione e il Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi.

A tal fine, consapevole della responsabilità penale e della decadenza da eventuali benefici acquisiti nel caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

* dichiara di essere in possesso dei seguenti requisiti di cui all’art.2 comma 2.2 del Protocollo d’Intesa sottoscritto tra il Ministero dell’Istruzione e il Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi:
1. laurea in psicologia;
2. abilitazione alla professione (iscrizione all’albo degli psicologi);
3. tre anni di anzianità di iscrizione all’albo degli psicologi o un anno di lavoro in ambito scolastico, documentato e retribuito, oppure formazione specifica acquisita presso istituzioni formative pubbliche o private accreditate, di durata non inferiore ad un anno o 500 ore.
* si impegna per tutta la durata dell’incarico a non stabilire rapporti professionali di natura diversa rispetto a quelli oggetto del presente Protocollo con il personale scolastico e con gli studenti, e loro familiari, delle istituzioni scolastiche nelle quali prestano il supporto psicologico;
* autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi Regolamento UE 2016/679.

Allega:

* Curriculum vitae
* Copia del documento di identità in corso di validità e copia codice fiscale

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma