



ISTITUTO COMPRENSIVO N. 4 - VIA GUICCIARDINI, 8 - 40026 IMOLA

0542/22264- FAX 0542/30871 - C.F.: 82003970371- C. M. BOIC846004

E-MAIL: BOIC846004@ISTRUZIONE.IT; POSTA CERTIFICATA: BOIC846004@PEC.ISTRUZIONE.IT

Allegato 1

**All'attenzione del
Dirigente Scolastico
dell'IC4 Imola**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE RECLUTAMENTO DI UN ESPERTO PSICOLOGO
INTERNO/ESTERNO PER L'ATTIVAZIONE DI SUPPORTO PSICOLOGICO AGLI ALUNNI, GENITORI E AL
PERSONALE - A.S. 2025/26**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente in _____ prov. _____ via _____

cap _____ indirizzo di posta elettronica _____

Codice fiscale _____

In possesso dei requisiti previsti dal presente Bando,

CHIEDE

Di essere ammesso/a alla procedura di selezione di uno psicologo a cui affidare l'incarico di supporto psicologico rivolto a studenti, genitori e personale dell'I.C. 4 di Imola prot. n. _____

Luogo e data _____

Firma

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445 la dichiarazione è sottoscritta e presentata all'I.C. 4 di Imola, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.