

**AUTOCERTIFICAZIONE DEI TITOLI E DELLE ESPERIENZE**

*Al Dirigente Scolastico  
Liceo Scienze Umane Anguissola  
Cremona*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ (pr )  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Avendo presentato domanda di partecipazione alla selezione per il reperimento di un esperto per l'affidamento del servizio di ASSISTENZA PSICOLOGICA al personale scolastico e agli alunni, presso il Liceo delle Scienze Umane Anguissola – A.S. 2022/2023

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000, di:

- essere di cittadinanza \_\_\_\_\_;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di non avere riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- di aver preso visione dell'avviso di selezione e di accettare senza riserva alcuna tutte le condizioni previste;
- di essere in possesso de i seguenti requisiti di accesso e titoli aggiuntivi:

<b>TITOLI DI ACCESSO</b>	<b>DATI</b>
laurea in psicologia	Conseguita presso l' Università di ..... Nell'anno accademico.... Con votazione....
Iscrizione all'Albo degli Psicologi da almeno tre anni	Iscrizione il .....
Esperienza lavorativa nell'attività di consulenza psicologica e di prevenzione del disagio scolastico, rivolti prioritariamente ad adolescenti di età compresa tra 14-18 anno	Istituto... Anno scolastico...
<b>ALTRI TITOLI VALUTABILI</b>	
Corsi post-laurea afferenti alla tipologia dell'intervento (dottorato di ricerca – master universitario di I e II livello di 60 cfu – corso di specializzazione biennale 120 cfu - corso di perfezionamento 60 cfu)	Conseguito presso l' Università di ..... Nell'anno accademico.... Con votazione....
Diploma di specializzazione in psicoterapia (Quadriennale) conseguito presso Università o Istituto privato, riconosciuto equipollente presso il Ministero dell'Università e della Ricerca	Conseguito presso l' Università di ..... Nell'anno accademico....
Corso di formazione e aggiornamento coerenti con le attività previste (della durata minima di 30 ore)	Conseguito presso l' Università di ..... Nell'anno accademico....
Altri titoli culturali specifici afferenti la tipologia dell'intervento	Conseguito presso ..... Nell'anno accademico/scolastico....
Pregresse esperienze professionali in ambito scolastico	Presso ..... Durata dal..... al.....

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_