

ALLEGATO A

Al Dirigente Scolastico
Dell'ISTITUTO COMPRENSIVO
"G.Falcone"
Volla (NA)

OGGETTO: Domanda di partecipazione alla selezione di esperti da utilizzare per la realizzazione dello sportello ascolto per l'anno scolastico 2022/23.

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale _____ residente a _____

Prov. _____ Via/P.zza _____ n° _____

Telefono _____ Telefono Cellulare _____

Casella di posta elettronica _____

Casella di posta elettronica certificata _____

CHIEDE

di essere ammesso alla procedura di selezione in qualità di esperto/a esterno per il seguente progetto:

Sportello ascolto

Ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", consapevole della decadenza dei benefici di cui all'art. 75 D.P.R. 445/2000 e delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

che la propria data ed il proprio luogo di nascita sono quelli riferiti in precedenza;

Di aver conseguito: Laurea quinquennale (v.o.) Laurea Magistrale (3+2)
in Psicologia presso l'Università di l'anno.....
con abilitazione all'esercizio della professione;

di essere regolarmente iscritt... all'albo degli psicologi di..... al n.....;

di aver effettuato formazione specifica acquisita presso istituzioni formative pubbliche o private accreditate, di durata non inferiore ad un anno o 500 ore
presso con sede a
nell'anno.....;

di essere format.../ avere esperienza di consulenza psicologica specifica sull'emergenza COVID;

di impegnarsi, per tutta la durata dell'incarico, a non stabilire rapporti professionali di natura diversa rispetto a quelli oggetto del protocollo di cui alla procedura di selezione per la quale presento domanda di ammissione, con il personale scolastico e con i docenti, e loro familiari, delle istituzioni scolastiche nelle quali presterò supporto psicologico;

di essere cittadin... italian... o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;

di godere di diritti civili e politici;

di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardino l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel Casellario Giudiziale;

di non essere a conoscenza di essere sottopost... a procedimenti penali;

di non essere stat... Destituit... da pubbliche Amministrazioni;

di non trovarmi in alcuna posizione di incompatibilità con pubblico impiego;

di essere in regola con gli obblighi di legge in materia fiscale:

Di prestare consenso al trattamento dei dati personali (D.Lgs. 196/2003, così come modificato dal decreto legislativo 10 Agosto 2018, n.101 e ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679);

Che l' indirizzo al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente avviso è il seguente:

cell. _____.

Dichiaro altresì di accettare le condizioni indicate nell'avviso pubblicato all'albo dell'Istituto IC GIOVANNI FALCONE di VOLLA (NA).

La presente dichiarazione è resa dal... sottoscritt... per essere prodotta in sostituzione della relativa certificazione nei casi previsti dalla legge .

.....,li.....

Firma

ALLEGRO ALLA PRESENTE DOMANDA:

- ALLEGATO B: AUTORIZZAZIONE PRIVACY
- ALLEGATO C: Autocertificazione dei documenti posseduti e dei titoli attestanti i requisiti richiesti
- FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'
- CURRICULUM VITAE in formato europeo
- PROGETTO DIDATTICO

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI

Il/La sottoscritt_____ ,acquisite le informazioni relative all'informativa sulla privacy ex art. 13 del D.Lgs. n. 196/03 come modificato dal D.Lgs. 101/18 e art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679, per il trattamento dei dati personali, fornita dal titolare del trattamento:

- Presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa;
- Presta il suo consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa.

Il/La sottoscritt_ è consapevole che il mancato consenso al trattamento ed all'eventuale comunicazione dei dati di cui sopra comporterà l'impossibilità della valutazione della presente istanza e dei documenti allegati.

Data_____

Firma

ALLEGATO C

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA resa ai sensi e per gli effetti del DPR 28 dicembre 2000 n. 445

Il/a sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (_____) il _____, residente a _____ (_____) in _____, n. _____

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, il sottoscritto decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata,

D I C H I A R A

di aver conseguito i seguenti titoli formativi e scientifici:

1- _____ in data _____ presso _____
2- _____ in data _____ presso _____
3- _____ in data _____ presso _____
4- _____ in data _____ presso _____

di aver di aver svolto le seguenti esperienze professionali :

Sportello d'ascolto

1. _____ in data _____ presso _____
2. _____ in data _____ presso _____
3. _____ in data _____ presso _____
4. _____ in data _____ presso _____
5. _____ in data _____ presso _____

Ruolo come formatore/conduuttore di laboratori per personale scolastico (esperienza documentata e retribuita)

1. _____ in data _____ presso _____ n. ore _____
2. _____ in data _____ presso _____ n. ore _____
3. _____ in data _____ presso _____ n. ore _____

Ruolo come formatore/conduuttore di laboratori per famiglie e/o alunni (esperienza documentata e retribuita)

1. _____ in data _____ presso _____ n. ore _____
2. _____ in data _____ presso _____ n. ore _____
3. _____ in data _____ presso _____ n. ore _____

Ruolo come formatore/conduuttore di formazione specifica sull'emergenza COVID (esperienza documentata e retribuita)

1. _____ in data _____ presso _____ n. ore _____
2. _____ in data _____ presso _____ n. ore _____
3. _____ in data _____ presso _____ n. ore _____

Data _____

Firma
