



# ISTITUTO COMPRENSIVO ADRIA DUE

Via Ragazzi del '99, n. 28 – 45011 ADRIA (RO)

Tel. 0426 902493 – 0426 21714 - c.f. 81004700290

e-mail: [roic81400c@istruzione.it](mailto:roic81400c@istruzione.it) – [roic81400c@pec.istruzione.it](mailto:roic81400c@pec.istruzione.it)

[www.comprensivoadriadue.edu.it](http://www.comprensivoadriadue.edu.it)



## Allegato 1

### ATTIVITÀ DA SVOLGERE

#### ❖ **Obiettivi e oggetto dell'incarico:**

L'incarico professionale da attribuire prevede il supporto psicologico nella scuola primaria e secondaria di I grado per rispondere alle situazioni di disagio nonché ai traumi e ai disagi nei seguenti ambiti derivanti

dall'emergenza COVID-19:

- sostegno alla genitorialità;
- orientamento scolastico;
- consulenza ai docenti.

Pertanto sono previsti i seguenti obiettivi:

- a) attivazione di uno sportello per i genitori, gli studenti e il personale;
- b) supporto e consulenza ai docenti nella gestione di situazioni di disagio;
- c) osservazione dei bambini nelle classi e/o dove se ne ravvisi la necessità;
- d) incontri di in-formazione, per i genitori, su temi educativi e formativi;
- e) interventi ad hoc in base alle specifiche situazioni, in particolare nelle classi con emergenze educative verificate dal consiglio di classe e/o dal collegio dei docenti;
- f) consulenza e formazione ai docenti sulla gestione dei gruppi.

#### ❖ **Modalità' di svolgimento dell'incarico:**

La collaborazione sarà espletata dal soggetto in piena autonomia.

#### ❖ **Durata dell'incarico e periodo di svolgimento:**

La durata dell'incarico è annuale, con decorrenza giuridica dall' inizio dell'anno scolastico 2021/2022, e attivazione indicativamente da dicembre 2021 a giugno 2022.

#### ❖ **Luogo di svolgimento dell'incarico:**

La prestazione professionale dovrà essere svolta presso le sedi in cui si articola l'Istituzione Scolastica.

#### ❖ **Compenso:**

L'importo preventivato per l'incarico per il supporto psicologico ammonta ad **Euro 4.800** (quattromilaottocento,00) onnicomprensivo, determinato sulla base di Euro 40,00 (quaranta) lordi/ora. La prestazione richiesta sarà retribuita previa presentazione della dichiarazione dell'attività svolta.

❖ **Criteri di selezione e valutazione:**

- a) 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;
- b) impossibilità, per tutta la durata dell'incarico, da parte degli psicologi selezionati, di 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;
- c) ulteriori specifiche caratteristiche individuate dall'istituzione scolastica.

Si valutano le esperienze pregresse di collaborazione con:

l'istituto, con altre scuole, in altri campi nell'ambito della consulenza psicologica, in materia di integrazione alunni con bisogni educativi speciali (BES) in contesto scolastico; la docenza in qualità di formatore nelle scuole, o presso Enti e Associazioni;

la Docenza nel settore di pertinenza;

le pubblicazioni in ambito educativo;

la pertinenza dell'offerta presentata con la progettazione dell'Istituto;

eventuali integrazioni a titolo gratuito a quanto indicato.

❖ **Documentazione da presentare:**

- a) *Curriculum vitae* in formato europeo dal quale risulti il possesso dei requisiti culturali e professionali necessari, nonché dei titoli validi posseduti;
- b) Elenco dei titoli relativi alle competenze specifiche richieste per l'incarico compilando il modello allegato);
- c) Fotocopia del codice fiscale e di un documento di identità in corso di validità;
- d) Autorizzazione, rilasciata dall' istituto scolastico di appartenenza.

## Allegato 2

### Elenco titoli

#### Dati personali

Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Nazionalità	

#### Recapiti

Indirizzo	
Città (Provincia)	
<b>CAP</b>	
Email	
Contatto telefonico	

#### Titolo di laurea:

##### Laurea triennale

Istituzione	
Titolo	
Data di conseguimento titolo	
Voto	

##### Laurea Magistrale

Istituzione	
Titolo	
Data di conseguimento titolo	
Voto	

##### Laurea Vecchio Ordinamento

Istituzione	
Titolo	
Data di conseguimento titolo	
Voto	

**Abilitazione alla professione di psicologo (criterio necessario, minimo da 3 anni; se abilitati da meno di 3 anni, è criterio necessario il possesso del criterio 2 o 3, oppure del criterio 5 per almeno 500 ore; in assenza dei precedenti, è criterio necessario un anno di esperienze professionali documentabili desumibili dalla PARTE 2- in ogni caso è sempre necessaria l'abilitazione all'esercizio della professione di Psicologo e l'iscrizione all'Albo):**

Numero di iscrizione	
Ordine professionale (riportare regione di iscrizione)	
Data di conseguimento abilitazione	

### **PARTE 1: TITOLI FORMATIVI E SCIENTIFICI**

#### **1. Corsi di Perfezionamento attinenti (max 2)**

Istituzione	
Titolo del master	
Data di conseguimento titolo	

Istituzione	
Titolo del master	
Data di conseguimento titolo	

Punteggio (1 per un titolo, 2 per due):

#### **2. Master Universitari di I livello attinenti (max 2):**

Istituzione	
Titolo del master	
Data di conseguimento titolo	

Istituzione	
Titolo del master	
Data di conseguimento titolo	

Punteggio (2 per un titolo, 4 per due):

#### **3. Master Universitari di II livello attinenti (max 2):**

Istituzione	
Titolo del master	
Data di conseguimento titolo	

Istituzione	
Titolo del master	
Data di conseguimento titolo	

Punteggio (4 per un titolo, 8 per due):

**4. Congressi attinenti della durata <30 h (max 5):**

Istituzione	
Titolo	
Data di conseguimento	
Numero di ore	

Istituzione	
Titolo	
Data di conseguimento	
Numero di ore	

Istituzione	
Titolo	
Data di conseguimento	
Numero di ore	

Istituzione	
Titolo	
Data di conseguimento	
Numero di ore	

Istituzione	
Titolo	
Data di conseguimento	
Numero di ore	

Punteggio (1 per evento, massimo 5):

**Corsi di formazione attinenti di almeno 30 h presso enti pubblici o privati {max 5):**

Istituzione	
Titolo del corso	
Data di conseguimento	
Numero di ore	

Istituzione	
Titolo del corso	
Data di conseguimento	
Numero di ore	

Istituzione	
Titolo del corso	
Data di conseguimento	
Numero di ore	

Istituzione	
Titolo del corso	
Data di conseguimento	
Numero di ore	

Istituzione	
Titolo del corso	
Data di conseguimento	
Numero di ore	

Punteggio (2 punti per evento, massimo 10 punti):

### 5. Specializzazione / Dottorato

#### Scuola di specializzazione in Psicoterapia

Istituzione	
Titolo della scuola/indirizzo	
Data di conseguimento titolo	

#### Dottorato in Psicologia

Istituzione	
Titolo del dottorato	
Data di conseguimento titolo	

Punteggio {6 per un titolo, 12 per 2):

### 6. Pubblicazioni scientifiche attinenti {max 4):

Autori	
Titolo	
Anno di pubblicazione	

## PARTE 2 - ESPERIENZE PROFESSIONALI

### 1. Gestione Sportello d'ascolto scolastico documentato e retribuito (min. 40 ore/anno):

Tipologia di sportello	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Tipologia di sportello	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Tipologia di sportello	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Tipologia di sportello	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Tipologia di sportello	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Tipologia di sportello	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Punteggio (1-2 anni: 5 punti, 3-5 anni: 10 punti, 6 o più anni: 15 punti):

### 2. Esperienze professionali documentate e retribuite di Assistente all'autonomia e alla comunicazione, Lettore (provinciale):

Tipologia di esperienza	
Istituto scolastico	
Anno	

Tipologia di esperienza	
Istituto scolastico	
Anno	

Punteggio (1 per ogni anno di attività; max 2):

Rivista o congresso	
---------------------	--

Autori	
Titolo	
Anno di pubblicazione	
Rivista o congresso	

Autori	
Titolo	
Anno di pubblicazione	
Rivista o congresso	

Autori	
Titolo	
Anno di pubblicazione	
Rivista o congresso	

Punteggio (1 per pubblicazione, max 4):

Punteggio complessivo PARTE 1:

---

3. Esperienze professionali di consulenza e collaborazione riconosciuta con Istituti scolastici per redazione di PEI e PDP:

Tipologia di esperienza	
Istituto scolastico	
Anno	

Tipologia di esperienza	
Istituto scolastico	
Anno	

Tipologia di esperienza	
Istituto scolastico	
Anno	

Punteggio (1 punto per anno, max 3 anni):

4. Esperienze come formatore/conduuttore di laboratori o corsi di formazione **con accreditamento MI** per conto di associazioni o enti:

Titolo formazione	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Titolo formazione	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Titolo formazione	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Titolo formazione	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Titolo formazione	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Punteggio (2 per ogni corso, max. 10 punti):

5. Esperienze come formatore/conduuttore di laboratori o corsi di formazione per conto di Istituzioni scolastiche

Titolo formazione	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Titolo formazione	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Titolo formazione	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Titolo formazione	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Titolo formazione	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Punteggio (1 per ogni evento, max. 5 punti):

6. Attività di screening

Esperienza professionale	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Esperienza professionale	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Esperienza professionale	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Esperienza professionale	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Esperienza professionale	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Esperienza professionale	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Esperienza professionale	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Esperienza professionale	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Esperienza professionale	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Esperienza professionale	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Punteggio (1 per attività, max. 10):

---

Punteggio complessivo PARTE 2:

---

PUNTEGGIO TOTALE (PARTE 1 + PARTE 2):



# ISTITUTO COMPRENSIVO ADRIA DUE



Via Ragazzi del '99, n. 28 – 45011 ADRIA (RO)

Tel. 0426 902493 – 0426 21714 - c.f. 81004700290

e-mail: [roic81400c@istruzione.it](mailto:roic81400c@istruzione.it) – [roic81400c@pec.istruzione.it](mailto:roic81400c@pec.istruzione.it)

[www.compensivoadriadue.edu.it](http://www.compensivoadriadue.edu.it)

## Modello A1

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE e/o DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (Art. 4, 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a.....

C.F. ....  
consapevole

- delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci;
- della perdita dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 75 del citato DPR;
- dell'effettuazione di controlli sulla veridicità di quanto dichiarato, ai sensi dell'art. 71 del citato DPR;

sotto la personale responsabilità:

#### DICHIARA

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_;
- di essere residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_;
- di essere cittadino italiano (oppure) \_\_\_\_\_;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali;
- di non avere cause di incompatibilità con l'incarico;
- di essere un pubblico dipendente (specificare quale amministrazione di appartenenza)

#### Con riferimento alla tabella riassuntiva dei titoli e delle esperienze, DICHIARA ALTRESÌ

- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio preclusivi per il bando
  - .....
  - dei seguenti titoli di studio valutabili .....
- titoli professionali (corsi di formazione o specializzazione sui temi del bando) ..... (specificare);
- di aver svolto i seguenti incarichi di esperto in altre Istituzioni scolastiche o in altri Enti .....



# ISTITUTO COMPRENSIVO ADRIA DUE

Via Ragazzi del '99, n. 28 – 45011 ADRIA (RO)

Tel. 0426 902493 – 0426 21714 - c.f. 81004700290

e-mail: [roic81400c@istruzione.it](mailto:roic81400c@istruzione.it) – [roic81400c@pec.istruzione.it](mailto:roic81400c@pec.istruzione.it)

[www.comprensivoadriadue.edu.it](http://www.comprensivoadriadue.edu.it)



## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo ADRIA DUE

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a .....  
 (.....) il ..... e residente a ..... in via .....  
 n. .... CAP ..... provincia ..... tel. ....  
 fax .....  
 codice fiscale .....  
 status professionale .....  
 titolo di studio .....  
 e-mail .....

### CHIEDE

di poter partecipare alla selezione per il conferimento dell'incarico per l'attività di "Esperto in psicologia scolastica" presso l'Istituto Comprensivo ADRIA DUE.

A tal fine allega:

- fotocopia di un valido documento di identità;
  - autorizzazione dell'Amministrazione Scolastica di appartenenza allo svolgimento dell'incarico, in caso di assegnazione. Può anche essere allegata in seguito, ma è condizione per l'incarico.
  - Dichiarazione sostitutiva di certificazioni (**Modello AI**)
  - *Curriculum vitae* in formato europeo
  - Altra documentazione ritenuta utile alla valutazione (specificare)
- .....

Il/La sottoscritto/a si impegna a svolgere l'incarico senza riserve e secondo il calendario predisposto dall'Istituto.

Il/La sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e Regolamento UE 2016/679.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza di tutti i termini del bando che accetta senza riserve.

DATA .....

FIRMA .....



# ISTITUTO COMPRENSIVO ADRIA DUE



Via Ragazzi del '99, n. 28 – 45011 ADRIA (RO)

Tel. 0426 902493 – 0426 21714 - c.f. 81004700290

e-mail: [roic81400c@istruzione.it](mailto:roic81400c@istruzione.it) – [roic81400c@pec.istruzione.it](mailto:roic81400c@pec.istruzione.it)

[www.comprensivoadriadue.edu.it](http://www.comprensivoadriadue.edu.it)

Publici/Privati (elencare gli incarichi svolti e valutabili sulla base di quanto previsto dal bando)

Barrare e compilare la/e voci che riguardano la/e dichiarazione/i da produrre.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n.

196 e Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

IL DICHIARANTE

Luogo e data.....

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. Può essere firmata in presenza del funzionario che riceve la pratica o inviata allegando fotocopia non autenticata del proprio documento di riconoscimento.



# ISTITUTO COMPRENSIVO ADRIA DUE

Via Ragazzi del '99, n. 28 – 45011 ADRIA (RO)

Tel. 0426 902493 – 0426 21714 - c.f. 81004700290

e-mail: [roic81400c@istruzione.it](mailto:roic81400c@istruzione.it) – [roic81400c@pec.istruzione.it](mailto:roic81400c@pec.istruzione.it)

[www.compensivoadriadue.edu.it](http://www.compensivoadriadue.edu.it)



Modello - Enti o Associazioni

## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Dirigente Scolastico  
dell' Istituto Comprensivo ADRIA DUE

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a .....  
(.....) il ..... e residente a ..... in via ..... n. ....  
CAP ..... provincia ..... tel. ....  
rappresentante legale dell'Associazione .....  
con sede legale a .....  
in via..... n. .... CAP ..... prov. ...  
telefono..... fax.....  
codice fiscale .....  
partita IVA .....

### CHIEDE

di poter partecipare alla selezione per il conferimento dell'incarico per l'attività di Esperto nell'ambito del Progetto "Per la Promozione dell'educazione alla salute e coordinamento dello sportello d'ascolto" presso l'Istituto Comprensivo ADRIA DUE.

DICHIARA CHE L'ESPERTO ESTERNO PER IL QUALE SONO INDICATI I TITOLI POSSEDUTI E CHI SVOLGERA' MATERIALEMENTE L'INCARICO È IL DOTT./LA DOTT.SSA .....

A tal fine allega:

- fotocopia di un valido documento di identità;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazioni (**Modello A1**)
- Curriculum vitae in formato europeo
- Altra documentazione ritenuta utile alla valutazione (specificare)

.....  
L'ENTE/ASSOCIAZIONE  
(in persona del Legale Rappresentante)

Il/La sottoscritto/a Esperto/a si impegna a svolgere l'incarico senza riserve e secondo il calendario predisposto dall'Istituto.

Il/La sottoscritto/a Esperto/a autorizza il trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e Regolamento UE 2016/679.

Il/La sottoscritto/a Esperto/a dichiara di essere a conoscenza di tutti i termini del bando che accetta senza riserve.

L'ESPERTO

---