

**“SPORTELLO D’ASCOLTO PSICOLOGICO PER IL BENESSERE PSICO-FISICO IN
RELAZIONE AL DISAGIO IN SITUAZIONE DI EMERGENZA COVID19”**

ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico
I Circolo Didattico Montessori
MOLA DI BARI

Oggetto: Istanza di partecipazione alla procedura di selezione per Esperto psicologo per l’attivazione dello sportello di ascolto psicologico - a.s. 2020/21.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____ il
_____ residente a _____ in via _____
C.F. _____ cell. _____ email _____

Preso atto dell’Avviso Pubblico per il reclutamento di un Esperto Psicologo per l’attivazione dello sportello di ascolto psicologico emanato dal Vs Istituto

CHIEDE

di partecipare alla selezione per titoli per l’attribuzione dell’incarico.

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

- di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli stati membri della comunità europea;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di non avere riportato condanne penali e di 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 essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- 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. _____ email _____

Dichiara altresì di accettare le condizioni indicate nell’Avviso pubblicato all’Albo del 1° Circolo Didattico M. Montessori di Mola di Bari.

Allega:

- Autorizzazione al trattamento dei dati personali;
- Autocertificazione dei documenti posseduti e dei titoli attestanti i requisiti richiesti;
- Curriculum vitae in formato europeo;
- Copia documento di riconoscimento.

Data _____

Firma _____

**“SPORTELLLO D’ASCOLTO PSICOLOGICO PER IL BENESSERE PSICO-FISICO IN
RELAZIONE AL DISAGIO IN SITUAZIONE DI EMERGENZA COVID19”**

ALLEGATO 2

Al Dirigente Scolastico
I Circolo Didattico M.Montessori
MOLA DI BARI

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a _____, acquisite le informazioni relative all’informativa sulla privacy (presente sul sito istituzionale) 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 _____

**“SPORTELLLO D’ASCOLTO PSICOLOGICO PER IL BENESSERE PSICO-FISICO IN
RELAZIONE AL DISAGIO IN SITUAZIONE DI EMERGENZA COVID19”**

ALLEGATO 3

Al Dirigente Scolastico
I Circolo Didattico M.MONTESSORI
MOLA DI BARI

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

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____ il
_____ residente a _____ in via _____

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,

DICHIARA

di aver conseguito i seguenti **titoli formativi e scientifici**:

1. _____ presso _____ in data _____
2. _____ presso _____ in data _____
3. _____ presso _____ in data _____
4. _____ presso _____ in data _____
5. _____ presso _____ in data _____
6. _____ presso _____ in data _____
7. _____ presso _____ in data _____
8. _____ presso _____ in data _____
9. _____ presso _____ in data _____
10. _____ presso _____ in data _____

di aver di aver svolto le seguenti **esperienze professionali**:

Sportello d'ascolto

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

8. _____ presso _____ in data _____
9. _____ presso _____ in data _____
10. _____ presso _____ in data _____

E pertanto dichiara di aver diritto al riconoscimento del punteggio come da seguente tabella compilata a cura del sottoscritto richiedente:

Titoli valutabili	Criteri	Punteggio max attribuibile	Punteggio indicato dal candidato
Titolo di ammissione necessario: Diploma di Laurea in Psicologia	Voto fino a 99/110 Votazione da 100 a 105 Votazione da 106 a 110 e lode	Punti 5 Punti 7 Punti 10	
Titoli di studio post-laurea coerenti con la figura professionale	Master universitario di II livello di durata annuale (si valutano max 2 titoli) Master universitario di II livello di durata biennale (si valutano max 2 titoli) Diploma di specializzazione in psicoterapia (Quadriennale) conseguito presso Università o Istituto Privato, riconosciuto equipollente presso il Ministero dell'Università e Ricerca	Punti 2 per ciascun titolo Punti 3 per ciascun titolo Punti 4	
Titoli professionali Iscrizione all'albo	Iscrizione all'Albo degli Psicologi e psicoterapeuti: da almeno 3 anni e fino a 5 anni oltre 5 anni	Punti 5 Punti 8	
Esperienze certificate di sportello di ascolto presso istituzioni scolastiche	Interventi di non meno di 30 ore (si valutano max 3 esperienze)	Punti 2 per ogni esperienza	

Data _____

Firma _____