**ALLEGATO 1 ISTANZA DI PARTECIPAZIONE**

# AL DIRIGENTE SCOLASTICO

**Dell’I.C. Leonardo da Vinci - Gaggiano**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE MEDIANTE PROCEDURA COMPARATIVA DI TITOLI ED ESPERIENZE PROFESSIONALI DI UN ESPERTO PSICOLOGO NELL'AMBITO DELL’ATTIVITÀ DI SUPPORTO PSICOLOGICO AD ALUNNI E PERSONALE SCOLASTICO**

Il/La sottoscritto/a

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

COGNOME

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

NOME

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

CODICE FISCALE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |

DATA DI NASCITA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

LUOGO DI NASCITA

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

PROVINCIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

COMUNE DI RES.ZA

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

PROVINCIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | N. |  |  |  |

VIA/PIAZZA/CORSO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

CAP

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

TELEFONO

E-MAIL

SCRIVERE ANCHE E

-

MAIL IN STAMPATELL

O

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alla procedura di selezione di cui all’oggetto per le attività del Progetto “Sportello di supporto psicologico A.S. 2020/2021” A tal fine, valendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, previste dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia e preso atto delle tematiche proposte nei percorsi formativi ***DICHIARA*** sotto la propria personale responsabilità di essere in possesso di almeno uno dei seguenti requisiti:

1. tre anni di anzianità di iscrizione all’albo degli psicologi (*indicare la regione, il numero e la data di iscrizione all’ordine professionale di appartenenza)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

1. un anno di lavoro in ambito scolastico, documentato e retribuito (*elencare le attività formative svolte e la pagina del CV dove è dichiarato il titolo)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. formazione specifica acquisita presso istituzioni formative pubbliche o private accreditate, di durata non inferiore ad un anno o 500 ore *(indicare dettagliatamente il titolo e la la pag. del CV dove è dichiarato il titolo)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE**

* essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell’Unione europea;
* godere dei diritti civili e politici;
* non avere riportato condanne penali, né avere procedimenti penali in corso che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione del rapporto di lavoro con la Pubblica Amministrazione;
* non essere a conoscenza di procedimenti penali a proprio carico;
* non essere stati destituiti da pubbliche amministrazioni;
* non trovarsi in nessuna delle condizioni di incompatibilità, previste dal D.lgs. 165/01, nonché dalle altre leggi vigenti in materia;
* non essere temporaneamente inabilitati o interdetti dai pubblici uffici;
* essere in possesso dei requisiti essenziali previsti del presente avviso;
* aver preso visione dell’Avviso e di approvarne senza riserva ogni contenuto;
* di essere consapevole che può anche non ricevere alcun incarico/contratto;
* di possedere titoli e competenze specifiche più adeguate a trattare i percorsi formativi scelti
* **di conoscere e di accettare le seguenti condizioni:** 
  + - Partecipare, su esplicito invito del Dirigente, alle riunioni di organizzazione del lavoro per fornire e/o ricevere informazioni utili ad ottimizzare lo svolgimento delle attività;
    - Concorrere alla definizione del progetto ed al monitoraggio intermedio del progetto;
    - Redigere e consegnare, a fine attività, la relazione sul lavoro svolto
    - 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;

**Tabella di valutazione (indicare il numero di pagina del curriculum del titolo da valutare)**

**A - TITOLI SCIENTIFICO-CULTURALI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *Specificare il titolo posseduto, la denominazione, l’Università (o Amministrazione o Ente) che l’ha rilasciato, l’anno in cui è stato conseguito e il punteggio ottenuto.* | *Punteggio Commissione* |
| LAUREA in PSICOLOGIA  vecchio ordinamento  LAUREA SPECIALISTICA  nuovo ordinamento  e votazione conseguita  (max 6 punti). | 1) |  |
| Votazione conseguita\_\_\_\_\_\_\_  C.V. PAG. \_\_\_\_\_ |  |
| MASTER universitari di I e II livello in discipline psicologiche  ( Durata annuale min. 60 crediti CFU: punti 2,5 - Durata biennale min. 120 crediti CFU: punti 5)  (max 2 titoli - max 5 punti). | 1)  C.V. PAG. |  |
| 2)  C.V. PAG |
| Corsi di alta Formazione in discipline psicologiche o Master non universitari in discipline psicologiche  (max 2 titoli - max 4 punti). | 1)  C.V. PAG. |  |
| 2)  C.V. PAG |
| Corsi di perfezionamento /specializzazione nell’ambito della disabilità  (max 3 titoli - max 3 punti). | 1)  C.V. PAG. |  |
| 2)  C.V. PAG |  |
| 3)  C.V. PAG |  |
| Abilitazione all’esercizio della professione di psicologo (*indicare la regione, il numero e la data di iscrizione all’ordine professionale di appartenenza)*  (max 1 titolo - max 3 punti) | 1)  C.V. PAG |  |

**C - TITOLI PROFESSIONALI**

*(ordinare, all’interno di ogni tipologia, progressivamente per data)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *Specificare tipo di incarico e/o attività lavorativa svolta, sede, durata, anni di riferimento* | *Punteggio Commissione* |
| Esperienze certificate di realizzazione di interventi (esclusi tirocini) in qualità di esperto psicologo in ambito scolastico  (max 3 titoli - max 6 punti) | 1)  C.V. PAG |  |
| 2)  C.V. PAG |
| 3)  C.V. PAG |
| Esperienze certificate di realizzazione di interventi (esclusi tirocini) in qualità di esperto psicologo in ambito extra scolastico  (max 3 titoli - max 3 punti) | 1)  C.V. PAG |  |
| 2)  C.V. PAG |
| 3)  C.V. PAG |
| Punteggio complessivo | |  |

**Il sottoscritto, in caso di esito positivo della selezione, si impegna a presentare, ove necessario, l’autorizzazione della propria amministrazione a svolgere l’incarico.**

**Alla presente domanda, corredata di Informativa sul trattamento dei dati allega:**

* COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA’ IN CORSO DI VALIDITÀ *(LEGGIBILE)*
* DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE – Allegato 2
* CURRICULUM VITAE ET STUDIORUM in formato europeo con pagine numerate e titoli da valutare evidenziati

**Recapito per comunicazioni e-mail** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

**(Art. 13 del Regolamento UE 679/2016)**

**AUTORIZZAZIONE TRATTAMENTO DATI**

L’I.C. Leonardo Da vinci di Gaggiano, in qualità di titolare del trattamento, informa che tutti i dati personali che riguardano i formatori saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali di monitoraggio sulla qualità dell'offerta formativa per l'aggiornamento professionale, come da informativa pubblicata.

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ avendo preso atto dell’informativa indicata

**AUTORIZZA**

L’I.C. Leonardo da Vinci di Gaggiano al trattamento, anche con l’ausilio di mezzi informatici e telematici, dei dati personali forniti dal sottoscritto; prende inoltre atto che, ai sensi del “Codice Privacy”, titolare del trattamento dei dati è l’Istituto sopra citato e che il sottoscritto potrà esercitare, in qualunque momento, tutti i diritti di accesso ai propri dati personali (ivi inclusi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il diritto di ottenere la conferma dell’esistenza degli stessi, conoscerne il contenuto e le finalità e modalità di trattamento, verificarne l’esattezza, richiedere eventuali integrazioni, modifiche e/o la cancellazione, nonché l’opposizione al trattamento degli stessi).

Data Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_