(Allegato 1 modulo di domanda)

Al Dirigente Scolastico
Liceo Scientifico Statale G.Ancina
Fossano

Oggetto: Istanza di candidatura per l'affidamento dell'incarico professionale di psicologo per l'attività di "Sportello di ascolto psicologico per gli studenti" – a.s. 2026/27

Il/La sottoscritto/a

Cognome e Nome	
Data e Luogo di nascita	
Codice Fiscale	
Partita Iva	
Indirizzo residenza	
Telefono	
PEO	
PEC	

CHIEDE

di partecipare alla procedura di selezione per il conferimento dell'incarico di psicologo per l'attività di Sportello di Ascolto Psicologico rivolto agli studenti di questo Liceo per l'A.S. 2026/2027.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di essere a conoscenza dei compiti esplicitati nell'avviso di selezione dell'istituzione scolastica e di accettarne senza riserva alcuna tutte le condizioni;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno Stato membro dell'UE;
- di essere in godimento dei diritti civili e politici;
- di non aver subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso la Pubblica Amministrazione;
- di non trovarsi in situazioni di incompatibilità o conflitto di interessi (art. 53 D.Lgs. 165/2001);
- di partecipare alla selezione in qualità di:

  ☐ personale interno all'istituzione scolastica;
  ☐ personale di altra istituzione scolastica statale
  (specificare qualifica e Istituzione Scolastica di appartenenza: ……..……..…..)
  ☐ personale di altra Pubblica amministrazione
  (specificare qualifica e Pubblica Amministrazione di appartenenza: …….)
  ☐ libero professionista / soggetto privato esterno alla Pubblica amministrazione

– **Di essere in possesso dei seguenti titoli culturali e professionali:**

- Laurea in:…….
  Conseguita presso …….. in data ……. con votazione …….
- Iscrizione all'albo degli psicologi – sezione A di: ……..data iscrizione: ……
- Abilitazione alla pratica clinica conseguita in data……..…….

- Corsi di specializzazione / corsi di perfezionamento post universitari / master attinenti al servizio in oggetto rilasciati dall'Università o Enti accreditati:
  - Titolo:…..…….……..…….…… conseguito
    presso ……...…….. in data ……..……
  - Titolo:…..…….……..…….…… conseguito
    presso ……...…….. in data ……..……
  - Titolo:…..…….……..…….…… conseguito
    presso ……...…….. in data ……..……
  - Titolo:…..…….……..…….…… conseguito
    presso ……...…….. in data ……..……

- Esperienze professionali, analoghe e comprovate, nella gestione dello sportello di ascolto psicologico nelle scuole (di minimo 20 ore):

Incarico svolto presso: ……..……. Periodo dal /al:…… n° ore …….
Incarico svolto presso: ……..……. Periodo dal /al:…… n° ore …….
Incarico svolto presso: ……..……. Periodo dal /al:…… n° ore …….
Incarico svolto presso: ……..……. Periodo dal /al:…… n° ore …….
Incarico svolto presso: ……..……. Periodo dal /al:…… n° ore …….
Incarico svolto presso: ……..……. Periodo dal /al:…… n° ore …….
Incarico svolto presso: ……..……. Periodo dal /al:…… n° ore …….
Incarico svolto presso: ……..……. Periodo dal /al:…… n° ore …….
Incarico svolto presso: ……..……. Periodo dal /al:…… n° ore …….
Incarico svolto presso: ……..……. Periodo dal /al:…… n° ore …….
Incarico svolto presso: ……..……. Periodo dal /al:…… n° ore …….
Incarico svolto presso: ……..……. Periodo dal /al:…… n° ore …….
Incarico svolto presso: ……..……. Periodo dal /al:…… n° ore …….
Incarico svolto presso: ……..……. Periodo dal /al:…… n° ore …….
Incarico svolto presso: ……..……. Periodo dal /al:…… n° ore …….
Incarico svolto presso: ……..……. Periodo dal /al:…… n° ore …….
Incarico svolto presso: ……..……. Periodo dal /al:…… n° ore …….
Incarico svolto presso: ……..……. Periodo dal /al:…… n° ore …….
Incarico svolto presso: ……..……. Periodo dal /al:…… n° ore …….

Il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione nell'ambito del procedimento per il quale viene resa.

Data…….. Firma ……..

Allegati:
- documento di identità
- curriculum vitae in formato europeo datato e firmato
- dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità / conflitto di interessi.