***All.n°1***

Al Dirigente Scolastico

dell’I.C. Salve

\_l\_ sottoscritt\_\_……………………………...………..….., nat\_ a………….…………, il …………………. e residente a………….……….………., domiciliat\_ a…………………………….. C.F………………………….…………. rec. tel……………………. indirizzo di posta elettronica……………………………………………………

**manifestando l’interesse a partecipare all’Avviso Pubblico, si dichiara disponibile** ad ottenere l’incarico di esperto per il Progetto “ Sportello Ascolto” presso l’Istituto Comprensivo di Salve a.s. 2019/2020:

**DICHIARA di**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Essere in possesso del titolo di laurea *Magistrale o specialistica in PSICOLOGIA* |
|  | *Essere in possesso di abilitazione professionale*  |
|  | *Essere Iscritto all'albo professionale degli psicologi.* |
|  | Godere dei diritti politici |
|  | Non avere condanne penali o procedimenti penali in corso |
|  | Di Autorizzare l’Istituzione al trattamento, anche in modo informatizzato, dei dati personali ai sensi dell’art. 10 della legge 675/96, del G.D.P.R. (Reg. UE 679/2016), del D.Lgs. 101/2018 |
|  | Essere consapevole delle sanzioni penali e dei provvedimenti previsti nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate agli art. 75-76 del DPR 445/2000 |
|  | Accettare il calendario, orario e modalità di svolgimento dell’incarico previsti dall’Istituto Scolastico.  |
|  | Che non sussistono cause di incompatibilità che ostino all’esercizio delle funzioni inerenti l’incarico  |

***(compilare e segnare una X)***

Ai fini della valutazione comparativa,

**Dichiara di essere in possesso di:**

**TITOLI DI STUDIO E CULTURALI**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Seconda Laurea Magistrale o specialistica: conseguita con voto….. |
|  | Dottorato di ricerca: |
|  | Competenze specifiche e certificate dalle scuole, con riferimento a progetti attinenti all'avviso e rivolti ad alunni e genitori.(Saranno valutate esclusivamente le esperienze riferite agli anni scolastici 2016/17 e 2017/18 corredate da certificazioni rilasciate dalle scuole). |

***(segnare con una X e completare in corrispondenza della riga)***

**ESPERIENZE :**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Partecipazione a corsi di formazione rivolto a docenti, genitori, alunni in qualità di esperto per almeno 10 ore cadauno (certificati dalle scuole in cui sono stati svolti). |

***(segnare con una X e completare in corrispondenza della riga)***

**PUBBLICAZIONI**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Pubblicazioni *(denominazione solo se attinente)*  |

***(segnare con una X e completare in corrispondenza della riga***

 **FIRMA**

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

**Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ALLEGATI:

Fotocopia di un valido documento di riconoscimento e del codice fiscale sottoscritti

Curriculum vitae.