

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____
(nome) _____ (matr. _____),
nato/a a _____ il _____
in servizio presso _____
inquadrate/a nella cat. _____ area _____
recapito telefonico _____ e-mail _____

DICHIARA

- A) di essere disponibile a prestare le attività descritte nell'Avviso D.D.G. Rep. n. _____ del _____ per: **Attività di COUNSELLING PSICOLOGICO a studenti universitari**, senza diritto a compensi aggiuntivi;
- B) di non avere vincoli di coniugio o parentela o affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al dipartimento o alla struttura che ha richiesto l'incarico ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo;
- C) di essere in possesso di Laurea Magistrale/Specialistica/di Vecchio Ordinamento (*depennare le voci che non interessano*) in Psicologia rilasciata da _____ con voti _____/110 _____ in data _____
- D) di essere iscritto/a nella Sez. A dell'Albo degli Psicologi della Regione _____, con annotazione come Psicoterapeuta, con numero _____ dal giorno _____

Il/La sottoscritto/a **allega** alla presente istanza:

- curriculum vitae su formato europeo datato e sottoscritto, nel quale sono dettagliati la durata, la tipologia, la natura dell'esperienza professionale, nonché ogni altro elemento comprovante le capacità di svolgere le attività oggetto dell'incarico, e **dichiara** che tutto quanto in esso indicato corrisponde al vero ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000;
- (*inserire se di interesse*) elenco delle autocertificazioni di ulteriori titoli posseduti, rese ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e dettagliate in durata, tipologia e natura, utili ai fini della valutazione della professionalità e della capacità di svolgere l'attività richiesta:

- (inserire se di interesse) le seguenti copie di attestazioni, utili ai fini della valutazione della professionalità e della capacità di svolgere l'attività richiesta:

1. _____

in originale/in copia autentica/in copia conforme all'originale ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000
(*depennare la voce che non interessa*),

2. _____

in originale/in copia autentica/in copia conforme all'originale ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000
(*depennare la voce che non interessa*),

3. _____

in originale/in copia autentica/in copia conforme all'originale ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000
(*depennare la voce che non interessa*),

4.....

- fotocopia di un valido documento di identità.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Europeo 2016/679, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data _____

Firma

NULLA OSTA DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

IL SOTTOSCRITTO _____ RESPONSABILE DELLA
STRUTTURA DI AFFERENZA DEL/LA DOTT./SSA _____
AUTORIZZA IL/LA PREDETTO/A ALLO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ, DI CUI ALL'AVVISO SOPRA
INDICATO, **ALL'INTERNO DELL'ORARIO DI SERVIZIO ORDINARIO.**

DATA

FIRMA E TIMBRO