

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. Prot n. _____ del _____
per: **DUE ESPERTI PSICOLOGI DELL'ORIENTAMENTO SCOLASTICO-PROFESSIONALE**, 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 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
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 rilasciati da pubbliche
amministrazioni e gestori di pubblici servizi, 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 attestazioni di titoli rilasciati da enti diversi da pubbliche amministrazioni, 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 (*depennare la voce che non interessa*), ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000,

2. _____

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

3. _____

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

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 _____
ESPRIME PARERE FAVOREVOLE AFFINCHÉ IL/LA PREDETTO/A SVOLGA LE ATTIVITÀ DI CUI ALL'AVVISO
SOPRA INDICATO, ALL'INTERNO DELL'ORARIO DI SERVIZIO ORDINARIO.

DATA

FIRMA E TIMBRO

SI ALLEGA AUTORIZZAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE.