

ALLEGATO A - FAC SIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Direttore Generale  
ASP Agrigento  
dp.direttore@pec.aspag.it

La / Il sottoscritt.....chiede di partecipare all'avviso per l'attribuzione n. 1 incarico libero professionale di psicologo avente ad oggetto:

Attivazione nell'ambito del progetto "FAMI COOPERA – I Comuni migliorano PER Arginare le vulnerabilità" e in collaborazione con i gruppi di psicologi delle ASP del partenariato, di nuovi modelli di emersione del disagio ed eventuale diagnosi, per mezzo di attività artistiche (laboratori di scrittura creativa, etc), di modelli di cura (psicologia transculturale) e riabilitazione, definendo protocolli e modalità operative volte all'emersione del disagio sociale nella popolazione migrante del territorio.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità: (barrare tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate)

- di essere nato/a a ..... il .....
- di essere residente a .....(C.A.P. ....) in via.....
- di essere in possesso della cittadinanza .....
- di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza o di provenienza
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di .....
- di essere in possesso del seguente codice fiscale.....
- di non aver riportato condanne penali, non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione o di sicurezza, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale, di non essere sottoposto a procedimenti penali e/o a misure di prevenzione e/o di sicurezza;
- di non essere incorso nella destituzione, dispensa, decadenza o licenziamento nel corso di impieghi presso una Pubblica Amministrazione;
  
- di essere in possesso del diploma di laurea magistrale in psicologia classe LM51 conseguito presso ..... nell'anno .....
  
- di essere iscritto/a all'Ordine degli Psicologi di .....a decorrere dal .....al n°..... ;
- di essere in possesso del diploma di specializzazione in ..... conseguito presso .....nell'anno..... ;

di essere in possesso di regolare partita Iva ed assicurazione di responsabilità civile professionale verso terzi;

o in alternativa

che all'atto della stipulazione del contratto di incarico sarà in possesso di regolare partita Iva e assicurazione di responsabilità civile professionale verso terzi;

di eleggere domicilio agli effetti dell'incarico al seguente indirizzo:

via .....n..... C.A.P. .... Città.....

tel.....cell ;

Si allega:

- copia fotostatica di un documento d'identità in corso di validità,
- curriculum formativo-professionale datato e firmato, in formato europeo Europass;

.....(luogo), (data)

LA /IL DICHIARANTE

Si impegna inoltre a comunicare per iscritto e tempestivamente le eventuali variazioni di indirizzo, numero telefonico ed indirizzo e-mail, sollevando l'Amministrazione da ogni responsabilità nel caso di irreperibilità del destinatario.

Dichiara altresì che corrisponde al vero quanto dichiarato nei precedenti punti e si impegna a produrre, in caso di richiesta dell'Amministrazione, la documentazione relativa alle dichiarazioni rese all'atto della nomina.

Dichiara infine di essere consapevole che i dati contenuti nella presente dichiarazione potranno essere utilizzati nell'ambito e per i fini istituzionali della Pubblica Amministrazione e nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

.....(luogo), (data)

LA /IL DICHIARANTE