

Bando servizio di supporto psicologico a studenti, genitori, docenti e personale della scuola

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
resa ai sensi e per gli effetti del DPR 28 dicembre 2000 n. 445**

Il/a sottoscritto/a

Dati personali

Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Nazionalità	

Recapiti

Indirizzo	
Città (Provincia)	
CAP	
Email	
Contatto telefonico	

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, il sottoscritto decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata,

D I C H I A R A

di aver conseguito i seguenti titoli formativi e scientifici:

Laurea triennale

Istituzione	
Titolo	
Data di conseguimento titolo	
Voto	

Laurea Magistrale

Istituzione	
Titolo	
Data di conseguimento titolo	

Voto	
------	--

Laurea Vecchio Ordinamento

Istituzione	
Titolo	
Data di conseguimento titolo	
Voto	

Abilitazione all'esercizio della professione di Psicologo e l'iscrizione all'Albo:

Numero di iscrizione	
Ordine professionale (riportare regione di iscrizione)	
Data di conseguimento abilitazione	

Corsi di Perfezionamento attinenti

Istituzione	
Titolo del master	
Data di conseguimento titolo	

Istituzione	
Titolo del master	
Data di conseguimento titolo	

Master Universitari attinenti

Istituzione	
Titolo del master	
Data di conseguimento titolo	

Istituzione	
Titolo del master	
Data di conseguimento titolo	

Corsi di formazione presso enti pubblici o privati inerenti l'ambito generale della psicologia scolastica (minimo 500 ore)

Istituzione	
Titolo del corso	
Data di conseguimento	
Numero di ore	

Corsi di formazione attinenti di almeno 30 h presso enti pubblici o privati (max 5):

Istituzione	
Titolo del corso	
Data di conseguimento	
Numero di ore	

Istituzione	
Titolo del corso	
Data di conseguimento	
Numero di ore	

Istituzione	
Titolo del corso	
Data di conseguimento	
Numero di ore	

Istituzione	
Titolo del corso	
Data di conseguimento	
Numero di ore	

Istituzione	
Titolo del corso	
Data di conseguimento	

Numero di ore	
---------------	--

Specializzazione / Dottorato

Scuola di specializzazione in Psicoterapia

Istituzione	
Titolo della scuola/indirizzo	
Data di conseguimento titolo	

Dottorato in Psicologia

Istituzione	
Titolo del dottorato	
Data di conseguimento titolo	

Pubblicazioni scientifiche attinenti (max3):

Autori	
Titolo	
Anno di pubblicazione	
Rivista o congresso	

Autori	
Titolo	
Anno di pubblicazione	
Rivista o congresso	

Autori	
Titolo	
Anno di pubblicazione	
Rivista o congresso	

Conoscenze informatiche

Certificazione	
Data di conseguimento	

Certificazione	
Data di conseguimento	

E di aver maturato le seguenti ESPERIENZE PROFESSIONALI:

Gestione Sportello d'ascolto scolastico documentato e retribuito (min. 40 ore/anno):

Tipologia di sportello	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Tipologia di sportello	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Tipologia di sportello	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Tipologia di sportello	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Tipologia di sportello	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Tipologia di sportello	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Esperienze professionali documentate e retribuite di Assistente all'autonomia e alla comunicazione, Lettore (provinciale):

Tipologia di esperienza	
-------------------------	--

Istituto scolastico	
Anno	

Tipologia di esperienza	
Istituto scolastico	
Anno	

Esperienze professionali di consulenza e collaborazione riconosciuta con Istituti scolastici per redazione di PEI e PDP:

Tipologia di esperienza	
Istituto scolastico	
Anno	

Tipologia di esperienza	
Istituto scolastico	
Anno	

Esperienze come formatore/conduuttore di laboratori o corsi di formazione per personale scolastico (minimo 30 ore per ogni esperienza documentata e retribuita)

Titolo formazione	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Titolo formazione	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Titolo formazione	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Titolo formazione	
Istituto scolastico	
Anno	

Numero di ore	
---------------	--

Titolo formazione	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Esperienze come formatore/conduuttore di laboratori o corsi di formazione per famiglie e/o alunni (minimo 30 ore per ogni esperienza documentata e retribuita)

Titolo formazione	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Titolo formazione	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Titolo formazione	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Titolo formazione	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Titolo formazione	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Attività di screening

Esperienza professionale	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Luogo e data, _____

FIRMA
