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

**CIG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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 |  |

**Congressi attinenti della durata <30 h (max 5):**

|  |  |
| --- | --- |
| Istituzione |  |
| Titolo  |  |
| Data di conseguimento  |  |
| Numero di ore |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Istituzione |  |
| Titolo  |  |
| Data di conseguimento  |  |
| Numero di ore |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Istituzione |  |
| Titolo  |  |
| Data di conseguimento  |  |
| Numero di ore |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Istituzione |  |
| Titolo |  |
| Data di conseguimento  |  |
| Numero di ore |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Istituzione |  |
| Titolo  |  |
| Data di conseguimento  |  |
| Numero di ore |  |

**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/conduttore 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/conduttore 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

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_