

**LICEO CLASSICO STATALE GIOSUÉ CARDUCCI - MILANO**

Via Beroldo, 9 - 20127 Tel. 022847232

Via Demostene, 40 - 20128 Tel. 0236554629

mipc03000n@istruzione.it; mipc03000n@pec.istruzione.it

MIPC03000N - Cod.fiscale 80126650151

www.liceoclassicocarducci.edu.it

**ALLEGATO 1**

DOMANDA DI DISPONIBILITÀ E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 DPR 445 del 2/12/2000)

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome / Ragione sociale |  |
| Residenza / domicilio legale | Via/piazza CAP |
| Codice Fiscale / Partita IVA |  |

Il sottoscritto, consapevole che in caso di dichiarazione mendace verranno applicate le sanzioni previste dal Codice Penale secondo quanto prescritto dall’art.76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora dai controlli effettuati emerga la non veridicità di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

CHIEDE

di partecipare alla

PROCEDURA

PER L’AFFIDAMENTO DI INCARICO PROFESSIONALE PER IL PROGETTO:

**“SPORTELLO PER ASCOLTO, SOSTEGNO, CONSULENZA, ASSISTENZA PSICOLOGICA AD ALUNNI,**

**GENITORI E DOCENTI” a.s. 2022/2023**

DICHIARA

- di essere nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- di essere in possesso della cittadinanza italiana (ovvero della cittadinanza di uno dei Paesi UE o

extra UE) secondo le risultanze del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ovvero di non essere iscritto o di esserne stato cancellato per le seguenti motivazioni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di procedimenti; e/o provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di sicurezza;

- di dichiarare disponibilità immediata ad assumere l’incarico, previo contratto, secondo il calendario concordato con il docente referente del progetto;

- che l’indirizzo al quale deve essere fatta pervenire ogni comunicazione relativa alla presente selezione è il seguente:

* di essere in possesso dei seguenti titoli:

|  |
| --- |
| **TITOLI DI STUDIO** |
| **Titolo di laurea: (viene valutato solo il titolo più alto)** |  | LAUREA  |   |
| VOTO |   |
| DATA DI CONSEGUIMENTO |   |
| **Per ogni ulteriore laurea** |  | LAUREA  |   |
| VOTO |   |
| DATA DI CONSEGUIMENTO |   |
| **Abilitazione alla professione** |  | DATA DI CONSEGUIMENTO |   |
| **Specializzazione in psicoterapia** |  | DATA DI CONSEGUIMENTO |   |
| **Docenza universitaria nel settore specifico di pertinenza (viene valutato solo il titolo più alto)** |  | TIPO DI INCARICO |   |
| PERIODO | DAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | TIPO DI INCARICO |   |
| PERIODO | DAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | TIPO DI INCARICO |   |
| PERIODO | DAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Possesso di titoli specifici afferenti la tipologia di intervento (Es. master, corso di perfezionamento o specializzazione, etc.)** |  | TIPO DI CORSO  |   |
| PERIODO | DAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | TIPO DI CORSO  |   |
| PERIODO | DAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | TIPO DI CORSO  |   |
| PERIODO | DAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | TIPO DI CORSO  |   |
| PERIODO | DAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Attestati di partecipazione a corsi di formazione riconducibili alle caratteristiche professionali richieste** |  | TIPO CORSO |   |
| SVOLTO PRESSO |   |
| DURATA ORE |   |
|  | TIPO CORSO |   |
| SVOLTO PRESSO |   |
| DURATA ORE |   |
|  | TIPO CORSO |   |
| SVOLTO PRESSO |   |
| DURATA ORE |   |
|  | TIPO CORSO |   |
| SVOLTO PRESSO |   |
| DURATA ORE |   |
|  | TIPO CORSO |   |
| SVOLTO PRESSO |   |
| DURATA ORE |   |
|  | TIPO CORSO |   |
| SVOLTO PRESSO |   |
| DURATA ORE |   |

|  |
| --- |
| **TITOLI PROFESSIONALI** |
| **Per ogni anno o frazione di almeno 6 mesi di servizio all’interno di Servizi Sanitari Territoriali (es. Dipartimento di psicologia delle dipendenze, Neuropsichiatria, Centri di salute mentale) o in servizi analoghi prestati presso strutture private** |  | ENTE |   |
| TIPO DI SERVIZIO |   |
| UTENZA |   |
| PERIODO | DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ENTE |   |
| TIPO DI SERVIZIO |   |
| UTENZA |   |
| PERIODO | DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ENTE |   |
| TIPO DI SERVIZIO |   |
| UTENZA |   |
| PERIODO | DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ENTE |   |
| TIPO DI SERVIZIO |   |
| UTENZA |   |
| PERIODO | DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ENTE |   |
| TIPO DI SERVIZIO |   |
| UTENZA |   |
| PERIODO | DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ENTE |   |
| TIPO DI SERVIZIO |   |
| UTENZA |   |
| PERIODO | DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ENTE |   |
| TIPO DI SERVIZIO |   |
| UTENZA |   |
| PERIODO | DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ENTE |   |
| TIPO DI SERVIZIO |   |
| UTENZA |   |
| PERIODO | DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ENTE |   |
| TIPO DI SERVIZIO |   |
| UTENZA |   |
| PERIODO | DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ENTE |   |
| TIPO DI SERVIZIO |   |
| UTENZA |   |
| PERIODO | DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ENTE |   |
| TIPO DI SERVIZIO |   |
| UTENZA |   |
| PERIODO | DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ENTE |   |
| TIPO DI SERVIZIO |   |
| UTENZA |   |
| PERIODO | DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ENTE |   |
| TIPO DI SERVIZIO |   |
| UTENZA |   |
| PERIODO | DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pubblicazioni** **o partecipazione a convegni** **attinenti al settore di pertinenza** |  | TITOLO PUBBLICAZIONE  |   |
|  | TITOLO PUBBLICAZIONE  |   |
|  | TITOLO ARTICOLO |   |
|  | TITOLO ARTICOLO |   |
|  | TITOLO ARTICOLO |   |
|  | TITOLO ARTICOLO |   |
|  | TITOLO CONVEGNO |   |
|  | TITOLO CONVEGNO |   |
|  | TITOLO CONVEGNO |   |
|  | TITOLO CONVEGNO |   |

|  |
| --- |
| **ESPERIENZE PROFESSIONALI MATURATE IN AMBITO SCOLASTICO** |
| **Per ogni anno o frazione di almeno 6 mesi prestato come esperto presso istituzioni scolastiche secondarie di II grado in progetti coerenti a quello per il quale si propone la candidatura** |  | SCUOLA |   |
| ATTIVITA' |   |
| PERIODO | DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | SCUOLA |   |
| ATTIVITA' |   |
| PERIODO | DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | SCUOLA |   |
| ATTIVITA' |   |
| PERIODO | DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Per ogni anno o frazione di almeno 6 mesi prestato come esperto presso istituzioni scolastiche secondarie di I grado in progetti coerenti a quello per il quale si propone la candidatura** |  | SCUOLA |   |
| ATTIVITA' |   |
| PERIODO | DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | SCUOLA |   |
| ATTIVITA' |   |
| PERIODO | DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | SCUOLA |   |
| ATTIVITA' |   |
| PERIODO | DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | SCUOLA |   |
| ATTIVITA' |   |
| PERIODO | DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il dichiarante

(firma leggibile per esteso)

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

Allega la seguente documentazione:

* curriculum vitae
* fotocopia documento di identità
* dichiarazione di consenso alla richiesta di certificato del casellario giudiziale da parte della scuola
* Altri documenti:

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

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

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

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



**LICEO CLASSICO STATALE GIOSUÉ CARDUCCI - MILANO**

Via Beroldo, 9 - 20127 Tel. 022847232

Via Demostene, 40 - 20128 Tel. 0236554629

mipc03000n@istruzione.it; mipc03000n@pec.istruzione.it

MIPC03000N - Cod.fiscale 80126650151

www.liceoclassicocarducci.edu.it

MODELLO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO DELL'INTERESSATO ALLA RICHIESTA DA PARTE DEL DATORE DI LAVORO DEL CERTIFICATO AI SENSI DELL'ARTICOLO 25 BIS DEL DPR 313/2002

Il/la *sottoscritto/a* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nat\_ il \_ *I\_\_I\_\_\_\_* in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(se nato all'estero indicare anche lo Stato) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sesso: Maschile Femminile

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PRESTA IL PROPRIO CONSENSO ALLA RICHIESTA DA PARTE DEL DATORE DI LAVORO DEL CERTIFICATO CASELLARIO GIUDIZIALE AI SENSI DELL'ARTICOLO 25 DEL DPR 313/2002 E AL TRATTAMENTO DEI DATI GIUDIZIARI DA PARTE DEL DATORE DI LAVORO

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

(indicare denominazione impresa/società/associazione/organizzazione)

 Allego fotocopia non autenticata del mio documento di riconoscimento

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_