**Mod. A**

Al Dirigente Scolastico

dell’ ICS Luigi Settembrini

Gioia Sannitica (CE)

**Oggetto: *Domanda di partecipazione alla procedura di selezione esperto psicologo per attivazione servizio di supporto psicologico***

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_)

Il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Recapito telefono fisso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito tel.cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

□ Iscritto all’albo degli Psicologi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (n. \_\_\_\_\_\_\_)

**CHIEDE**

di partecipare alla selezione per l’attribuzione dell’incarico di

* ESPERTO PSICOLOGO

relativo all’attivazione del servizio di supporto psicologico presso l’ICS “L.Settembrini” di Gioia Sannitica (CE) a.s. 2022/23

A tal fine, consapevole della responsabilità penale e della decadenza da eventuali benefici acquisiti nel caso di dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

* di aver preso visione del bando;
* di essere cittadino\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in godimento dei diritti politici;
* di non aver subito condanne penali
* di essere iscritto all’Albo degli Psicologi n………… dall’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di trovarsi nella seguente condizione di partecipazione al bando\*\*:
* tre anni di anzianità di iscrizione all’albo degli psicologi
* un anno di lavoro in ambito scolastico, documentato e retribuito
* formazione specifica acquisita presso istituzioni formative pubbliche o private accreditate, di durata non inferiore ad un anno o 500 ore

*\*\* la condizione deve risultare da curriculum vitae.*

**Si allega alla presente curriculum vitae e fotocopia del documento di identità.**

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Il/la sottoscritto/a, ai sensi de regolamento UE N. 679/16, autorizza L’Ente Scolastico al trattamento dei dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell’ambito e per i fini istituzionali della Pubblica Amministrazione.*

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mod. B**

**CURRICULUM VITAE**

**Dati personali**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Data di nascita |  |
| Luogo di nascita |  |
| Nazionalità |  |

**Recapiti**

|  |  |
| --- | --- |
| Indirizzo |  |
| Città (Provincia) |  |
| CAP |  |
| Email |  |
| Contatto telefonico |  |

**Titolo di laurea:**

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 alla professione di psicologo e iscrizione all’Albo:**

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

**PARTE 1: TITOLI FORMATIVI E SCIENTIFICI**

1. **Corsi di Perfezionamento attinenti (max 2)**

|  |  |
| --- | --- |
| Istituzione |  |
| Titolo del master |  |
| Data di conseguimento titolo |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Istituzione |  |
| Titolo del master |  |
| Data di conseguimento titolo |  |

1. **Master Universitari di I livello attinenti (max 2):**

|  |  |
| --- | --- |
| Istituzione |  |
| Titolo del master |  |
| Data di conseguimento titolo |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Istituzione |  |
| Titolo del master |  |
| Data di conseguimento titolo |  |

1. **Master Universitari di II livello attinenti (max 2):**

|  |  |
| --- | --- |
| Istituzione |  |
| Titolo del master |  |
| Data di conseguimento titolo |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Istituzione |  |
| Titolo del master |  |
| Data di conseguimento titolo |  |

1. **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 |  |

1. **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 |  |

1. **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 |  |

1. **Pubblicazioni scientifiche** attinenti (max4):

|  |  |
| --- | --- |
| Autori |  |
| Titolo |  |
| Anno di pubblicazione |  |
| Rivista o congresso |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Autori |  |
| Titolo |  |
| Anno di pubblicazione |  |
| Rivista o congresso |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Autori |  |
| Titolo |  |
| Anno di pubblicazione |  |
| Rivista o congresso |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Autori |  |
| Titolo |  |
| Anno di pubblicazione |  |
| Rivista o congresso |  |

**PARTE 2 – ESPERIENZE PROFESSIONALI**

1. 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 |  |

1. 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 |  |

1. 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 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tipologia di esperienza |  |
| Istituto scolastico |  |
| Anno |  |

1. Esperienze come formatore/conduttore di laboratori o corsi di formazione con accreditamento MIper conto di associazioni o enti:

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

1. Esperienze come formatore/conduttore di laboratori o corsi di formazione per conto di Istituzioni scolastiche

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

1. Attività di screening

|  |  |
| --- | --- |
| Esperienza professionale |  |
| Istituto scolastico |  |
| Anno |  |
| Numero di ore |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Esperienza professionale |  |
| Istituto scolastico |  |
| Anno |  |
| Numero di ore |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Esperienza professionale |  |
| Istituto scolastico |  |
| Anno |  |
| Numero di ore |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Esperienza professionale |  |
| Istituto scolastico |  |
| Anno |  |
| Numero di ore |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Esperienza professionale |  |
| Istituto scolastico |  |
| Anno |  |
| Numero di ore |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Esperienza professionale |  |
| Istituto scolastico |  |
| Anno |  |
| Numero di ore |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Esperienza professionale |  |
| Istituto scolastico |  |
| Anno |  |
| Numero di ore |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Esperienza professionale |  |
| Istituto scolastico |  |
| Anno |  |
| Numero di ore |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Esperienza professionale |  |
| Istituto scolastico |  |
| Anno |  |
| Numero di ore |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Esperienza professionale |  |
| Istituto scolastico |  |
| Anno |  |
| Numero di ore |  |

**PARTE 3 – COMPETENZE INFORMATICHE**

1. Certificazioni informatiche e/o esperienza documentata di utilizzo di piattaforme informatiche

|  |  |
| --- | --- |
| Certificazione informatica/Tipologia di esperienza |  |
| Anno |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Certificazione informatica/Tipologia di esperienza |  |
| Anno |  |

**Mod. C**

Al Dirigente Scolastico

dell’ ICS Luigi Settembrini

Gioia Sannitica (CE)

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ compila, sotto la propria personale responsabilità, la seguente griglia di valutazione per la selezione di esperto psicologo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Titoli** | **Criteri di attribuzione dei punteggi** | **Da compilare a cura del**  **candidato** |
|  | **TITOLI FORMATIVI E SCIENTIFICI (MAX 45 PUNTI)** |  |  |
| 1 | Corsi di perfezionamento di durata annuale relativi alla psicologia dello sviluppo (es. psicopatologie dello sviluppo, psicologia scolastica, gestione e intervento con i BES, ecc.) | 1 punto per titolo, 2 per due titoli (massimo) |  |
| 2 | Master Universitari di Primo Livello relativi alle problematiche dello sviluppo psicologico (es. psicopatologie dello sviluppo, psicologia scolastica) | 2 punti per un titolo, 4 per due titoli (massimo) |  |
| 3 | Master Universitari di Secondo livello nell’ambito della psicopatologia dell’apprendimento scolastico e delle problematiche inerenti la psicologia dello sviluppo (es. psicopatologie dello sviluppo, psicologia scolastica) | 4 punti per un titolo, 8 per due più titoli (massimo) |  |
| 4 | Congressi di almeno 30 ore inerenti l’ambito della psicologia dell’apprendimento scolastico e delle problematiche dello sviluppo psicologico (es. psicopatologie dello sviluppo, psicologia scolastica, difficoltà comportamentali, difficoltà socio-relazionali, disabilità) con conseguimento dei relativi crediti ECM | 1 punto per ogni esperienza documentata, max 5 punti |  |
| 5 | Corsi di formazione di almeno 30 ore presso enti pubblici o privati inerenti l’ambito degli apprendimenti scolastici e delle problematiche dello sviluppo psicologico (es. psicopatologie dello sviluppo, psicologia scolastica, difficoltà comportamentali, difficoltà socio-relazionali, disabilità) con conseguimento dei relativi crediti ECM | 2 punti per ogni esperienza documentata, max 10 punti |  |
| 6 | Titolo di Specializzazione in Psicoterapia OPPURE Dottorato di Ricerca in Psicologia (con percorso di studi orientato alla psicologia dello sviluppo, alla psicologia scolastica, alla neuropsicologia dell’età evolutiva) | 6 punti per ogni titolo, max 12 punti |  |
| 7 | Pubblicazioni scientifiche (digitali o cartacee) reviewed inerenti l’ambito degli apprendimenti scolastici e delle difficoltà evolutive, delle quali si fornisce il codice ISBN | 1 punto per ogni pubblicazione, max 4 punti |  |
|  | **TITOLI PROFESSIONALI (MAX 45 PUNTI)** | **Criteri di attribuzione dei punteggi** |  |
| 1 | Contratti per attività di Sportello d’ascolto scolastico documentati e retribuiti di almeno 40 ore annue (anno scolastico), indipendentemente dal numero di scuole in cui si opera | da 1 a 2 anni: 5 punti,  da 3 a 5 anni: 10 punti,  oltre 5 anni: 15 punti |  |
| 2 | Attività documentata e retribuita di Assistente all’autonomia e alla comunicazione, Lettore (provinciale) per ogni anno scolastico | 1 punto per ogni anno di attività, max 2 punti |  |
| 3 | Attività di consulenza e collaborazione con le istituzioni scolastiche a supporto dei processi di inclusione con particolare riguardo alla redazione dei PEI per gli alunni con disabilità e dei PDP per gli alunni con DSA, per ogni anno scolastico indipendentemente dal numero di scuole in cui si opera | 1 punto per ogni anno di attività, max 3 punti |  |
| 4 | Attività di formatore/conduttore di laboratori o corsi di formazione di almeno 6 ore con accreditamento del Ministero dell’Istruzione, per conto di associazione o di enti | 2 punti per ogni corso, max 10 punti |  |
| 5 | Attività di formatore/conduttore di laboratori o corsi di formazione di almeno 6 ore, per conto di singole Istituzioni scolastiche o di reti di scuole | 1 punti per ogni corso, max 5 punti |  |
| 6 | Contratti per attività di screening volti all’intercettazione precoce delle difficoltà di apprendimento e delle difficoltà di relazione/comportamento | 1 punto per ogni esperienza professionale, max 10 punti |  |
|  | **COMPETENZE INFORMATICHE (MAX 10 PUNTI)** | **Criteri di attribuzione dei punteggi** |  |
| 1 | Certificazioni informatiche e/o esperienza documentata di utilizzo di piattaforme informatiche | 5 punti per ogni certificazione o esperienza documentata, max 10 punti |  |
|  |  | **TOTALE** | **/100** |

***\*\*tutti i titoli e le certificazioni indicati dal candidato nella griglia di valutazione devono risultare da curriculum vitae allegato.***

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mod. D**

Al Dirigente Scolastico

dell’ ICS Luigi Settembrini

Gioia Sannitica (CE)

**Oggetto: DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA’**

**E INCOMPATIBILITA’ DI CUI ALL’ART.20 DEL D.LGS. 39/2013**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in relazione all’incarico per l’ attivazione del servizio di supporto psicologico a favore degli alunni e del personale dell’ICS “L.Settembrini” di Gioia Sannitica (CE) a.s. 2022/23 , consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

* di non trovarsi in nessuna della condizioni di incompatibilità e inconferibilità a svolgere l’incarico indicato previste dal D.lgs. 39/2013 recante “*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e gli enti privati di controllo pubblico, a norma dell’art. 1 , c.49 e 50 della L.190/2012*”;
* di essere consapevole dell’impossibilità, stabilita dal Protocollo d’intesa con il Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi, per tutta la durata dell’incarico, di stabilire rapporti professionali di natura diversa rispetto a quelli oggetto del Protocollo con il personale scolastico e con gli studenti, e loro familiari, delle istituzioni scolastiche nelle quali si presta il supporto psicologico.

\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_

Firma

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