

Alla Direzione Regionale INAIL
per il PIEMONTE
c.so Galileo Ferraris, 1
10121 Torino

**OGGETTO: PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL
CONFERIMENTO DI 12 INCARICHI LIBERO-PROFESSIONALI DI PSICOLOGO
PER LE DIREZIONI TERRITORIALI INAIL DELLA REGIONE PIEMONTE.**

(da compilare in ogni sua parte pena l'esclusione).

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (luogo) _____ (prov.) il _____

Codice Fiscale _____

residente a _____ (luogo) _____ (prov.) in Via _____ n. _____
(indirizzo)

Tel. _____ Cell. _____

Email: _____

PEC (presso cui ricevere le comunicazioni): _____,

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000. n. 445), e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità

D I C H I A R A
(barrare le voci che interessano)

di essere attualmente in possesso dei seguenti requisiti:

- cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell'Unione europea o di uno Stato con cui esiste trattamento di reciprocità;
- laurea magistrale o specialistica in Psicologia o diploma di laurea vecchio ordinamento;
- abilitazione all'esercizio della professione a decorrere dal _____;
- iscrizione all'Albo degli Psicologi - Sezione A, da almeno 5 anni, della Regione _____, a decorrere dal _____, n. iscrizione _____;
- possesso di partita IVA _____;
- godimento dei diritti civili e politici;
- assenza di provvedimenti e/o procedimenti in corso collegati ad inadempienze nell'ambito della propria attività, per effetto delle quali ne possa conseguire l'inabilitazione all'esercizio dell'attività stessa;

- assenza di condanne penali o di provvedimenti a carico riguardanti l'applicazione di misure di prevenzione, decisioni civili e provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziario;
- assenza di procedimenti penali in corso, per quanto di conoscenza dell'interessato;
- insussistenza di incompatibilità circa l'esecuzione dell'attività di cui all'oggetto;
- assenza di risoluzione di contratto per inadempimento negli ultimi cinque anni da parte di una pubblica amministrazione;
- non essere dipendente dell'INAIL con rapporto d'impiego;
- di non esercitare funzioni di ordine fiscale per conto dell'INAIL;
- di non ricoprire incarichi presso Enti di patrocinio e se del caso, di astenersi dall'attività in favore dei casi assegnati;
- di non trovarsi in conflitto d'interesse con riferimento all'incarico;
- di non avere contenziosi civili e amministrativi pendenti nei confronti dell'INAIL;
- di non essere mai stato destituito né dispensato dal Pubbliche Amministrazioni;
- che il domicilio al quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative alla selezione è il seguente (se diverso da quello dall'indirizzo di residenza):

_____ e che qualsiasi variazione verrà tempestivamente comunicata a codesta Amministrazione.

- di essere consapevole che i dati forniti saranno utilizzati per lo svolgimento del presente incarico e comunque nel rispetto del Regolamento UE 679/2016 e del D.lgs. 101/2018 e s.m.i. e quindi ne autorizza il trattamento da parte dell'INAIL - DIREZIONE REGIONALE per il PIEMONTE, anche ai fini degli adempimenti in materia di trasparenza degli incarichi conferiti dalle PP.AA.;
- di impegnarsi, in caso di utile inserimento in graduatoria, alla sottoscrizione del "Patto di Integrità tra INAIL e operatori economici partecipanti a procedure di affidamento contrattuale" ai sensi della Determina del Presidente Inail 04/06/2014, n. 149.

Il/la sottoscritto/a dichiara, consapevole che l'INAIL, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000. n. 445 potrà effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese, di essere in possesso dei seguenti titoli di qualificazione professionale e chiede la relativa attribuzione di punteggio secondo i criteri individuati nel bando:

1. Curriculum Formativo

1.1 Laurea

conseguita presso l'Università di _____
il _____
con voto di _____

1.2 Scuola di specializzazione in psicoterapia o diploma di specializzazione in psicoterapia

conseguita presso la Scuola di _____
il _____
con voto di _____

1.3 Master universitari attinenti alle tematiche del bando di durata almeno annuale

Titolo _____
conseguito presso _____
durata: dal _____ al _____

Titolo _____
conseguito presso _____
durata: dal _____ al _____

Titolo _____
conseguito presso _____
durata: dal _____ al _____

Titolo _____
conseguito presso _____
durata: dal _____ al _____

Titolo _____
conseguito presso _____
durata: dal _____ al _____

1.4 Pubblicazioni scientifiche su argomenti attinenti alle tematiche del presente bando (indicare, per ciascuna pubblicazione, titolo e codice ISBN):

1.5 Corsi di formazione, seminari e convegni in qualità di PARTECIPANTE documentabili sui temi della psicotraumatologia e della psicologia della disabilità (indicare per ciascun corso titolo, durata dal/al, luogo, ente organizzatore):

1.6 Corsi di formazione, seminari e convegni in qualità di DOCENTE/RELATORE documentabili sui temi della psicotraumatologia e della psicologia della disabilità (indicare per ciascun corso titolo, durata dal/al, luogo, ente organizzatore):

2. Esperienza professionale

2.1 nell'ambito disabilità acquisita per esiti traumatici o malattia professionale, con il profilo richiesto, in rapporto di collaborazione con la Pubblica Amministrazione, oppure nel settore privato sanitario accreditato oppure nel terzo settore
(per ciascuna esperienza lavorativa indicare il soggetto che ha conferito l'incarico, durata dell'incarico, tipologia attività svolta)

2.2 nell'ambito della assistenza ai familiari di persone con disabilità e per l'elaborazione del lutto in favore di familiari superstiti di vittime di eventi mortali, in rapporto di collaborazione con la Pubblica Amministrazione, oppure nel settore privato sanitario accreditato oppure nel terzo settore;

(per ciascuna esperienza lavorativa indicare il soggetto che ha conferito l'incarico, durata dell'incarico, tipologia attività svolta)

2.3 in altri ambiti, diversi dai punti precedenti, in rapporto di collaborazione con la Pubblica Amministrazione, oppure nel settore privato sanitario accreditato oppure nel terzo settore.

(per ciascuna esperienza lavorativa indicare il soggetto che ha conferito l'incarico, durata dell'incarico, tipologia attività svolta)

Qualora lo spazio per inserire i titoli conseguiti non fosse sufficiente, allegare ulteriore dichiarazione datata e sottoscritta, indicando, per ciascun punto citato, le ulteriori esperienze formative e professionali maturate.

M A N I F E S T A

la propria disponibilità, in caso di nomina, ad assumere l'incarico di Responsabile del Trattamento dei dati personali effettuato nell'ambito dell'esecuzione dell'incarico, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D.lgs. 101/2018 e s.m.i.

S I I M P E G N A

a comunicare le variazioni che dovessero intervenire nelle situazioni sopra dichiarate, nel periodo di vigenza dell'incarico, se conferito, o nel periodo di vigenza della graduatoria.

Alla presente dichiarazione si allegano, ad integrazione, n. ____ pagine (da datare e sottoscrivere).

IN FEDE

(luogo, data)

Firma leggibile