

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO2  
di San Bonifacio**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

**in qualità di:**

- dipendente di altra pubblica amministrazione presso  
\_\_\_\_\_
- lavoratore autonomo/libero professionista con partita IVA n°  
\_\_\_\_\_
- lavoratore autonomo senza partita IVA (prestatore d'opera occasionale)
- lavoratore autonomo in regime di Co.Co.Co. iscritto alla gestione separata INPS
- legale rappresentante (di associazione, ente, società, ecc...)

con intestazione  
\_\_\_\_\_

indirizzo : \_\_\_\_\_

partita IVA     Cod. Fisc.    N° \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alla selezione per l'individuazione di personale esperto di cui all'avviso di selezione pubblicato sul sito dell'Istituto Comprensivo alle condizioni e nei termini previsti dallo stesso per il progetto "Supporto psicologico a studenti, docenti e famiglie per rispondere a traumi e disagi derivanti dall'emergenza COVID-19 per l'a.s. 2020/2021"

**alle condizioni e nei termini previsti dall'avviso.**

**Allega:**

- Dichiarazione sostitutiva di certificazione (Allegato 2)
- dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi (Allegato 3)
- Scheda anagrafica e contabile (Allegato 4)
- Format di curriculum (Allegato 5).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
(firma chiara e leggibile)



**(per il personale appartenente all' Amm.ne scolastica)** di essere retribuito dalla Direzione Terr. Economia e Finanze sede di \_\_\_\_\_ numero partita fissa \_\_\_\_\_

di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

Dichiara altresì di possedere i seguenti requisiti (barrare le caselle)

tre anni di anzianità di iscrizione all'albo degli psicologi o un anno di lavoro in ambito scolastico, documentato e retribuito, oppure formazione specifica acquisita presso istituzioni formative pubbliche o private accreditate, di durata non inferiore ad un anno o 500 ore;

capacità di utilizzazione delle Tecnologie per gli interventi a distanza in forma telematica.

Si impegna inoltre, per tutta la durata dell'incarico, a non stabilire rapporti professionali di natura diversa rispetto a quelli oggetto del presente incarico con il personale scolastico e con gli studenti, e loro familiari, dell'IC2 San Bonifacio.

Si impegna inoltre a svolgere l'incarico in orario prevalentemente antimeridiano su più giorni alla settimana.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(firma chiara e leggibile)

#### AVVERTENZE:

Ai sensi dell'art. 76 DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi, sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi in materia. Ai sensi dell'art. 75 DPR n. 445/2000, se a seguito di controllo emerge la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

**DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITA' DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15 C. 1 LETT. C) DEL D.LGS. 33/2013**

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

in relazione all'incarico, di esperto per il progetto "Supporto psicologico", che potrà essere conferito al/alla sottoscritto/a dall'Istituto Comprensivo 2 di San Bonifacio, sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs.33/2013

**SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE**

di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

**SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE**

di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

**DICHIARA INOLTRE –**

- ✓ di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE n.679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- ✓ di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'Istituto Comprensivo 2 di San Bonifacio nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- ✓ di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Istituto Comprensivo 2 di San Bonifacio ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(firma chiara e leggibile)

**SCHEDA DATI ANAGRAFICI E CONTABILI**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_).

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

**Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità :**

- di essere dipendente da altra Amministrazione Statale e precisamente:  
\_\_\_\_\_
- di NON essere dipendente da altra Amministrazione Statale;
- di essere in possesso di partita IVA n°..... , in qualità di lavoratore autonomo/libero professionista e di rilasciare regolare fattura e, pertanto:
  - di essere iscritto alla cassa di previdenza del competente ordine professionale e di emettere fattura con addebito del 2% a titolo di contributo integrativo
  - di essere iscritto alla gestione separata dell'INPS (ex Legge 335/95) e di emettere fattura con addebito a titolo di rivalsa del 4%
- di non essere in possesso di partita IVA e che l'attività svolta è una prestazione occasionale, soggetta a ritenuta d'acconto (20%) e pertanto fa presente di:
  - non percepire compensi nel corso dell'anno solare superiori a 5 mila euro (anche con più committenti)
  - non prestare attività per un periodo superiore a 30 giorni con lo stesso committente;
  - di percepire compensi nel corso dell'anno solare superiori a 5 mila euro (con più committenti) e quindi di essere:
    - soggetto al contributo previdenziale del 24,72% (non avendo altra forma previdenziale obbligatoria);
    - soggetto al contributo previdenziale del 17%, in quanto già assoggettato a contribuzione previdenziale obbligatoria;
- che l'attività svolta è una collaborazione coordinata e continuativa (lavoro a progetto) con iscrizione alla gestione separata INPS di cui all'art. 2, c. 26, L. 08/08/95, n° 335 e quindi:
  - soggetto al contributo previdenziale del 24,72% (non avendo altra forma previdenziale obbligatoria);
  - soggetto al contributo previdenziale del 17%, in quanto già assoggettato a contribuzione previdenziale obbligatoria;
- di svolgere la prestazione in nome e conto della struttura sottoindicata alla quale dovrà essere corrisposto il compenso:  
Ragione Sociale: \_\_\_\_\_  
Sede legale : \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

**Modalità di pagamento:**

- Accredito su c/c bancario o postale presso: Banca/Ufficio Postale
- \_\_\_\_\_

**Coordinate IBAN**

(Il codice IBAN è sempre di 27 caratteri, è pertanto necessario riempire tutte le caselle sottoriportate. Il codice IBAN è indicato sull'estratto del conto corrente)


Il sottoscritto si impegna a non variare, assumendosi ogni responsabilità in caso contrario, quanto dichiarato in sede di compilazione della dichiarazione dei redditi.

Data

Firma

**Valutazione Curriculum Vitae – da compilare a cura del candidato – includere autovalutazione punteggi****Dati personali**

Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Nazionalità	

**Recapiti**

Indirizzo	
Città (Provincia)	
CAP	
Email	
Contatto telefonico	

**Laurea Magistrale**

Istituzione	
Titolo	
Data di conseguimento titolo	
Voto	

**Laurea Vecchio Ordinamento**

Istituzione	
Titolo	
Data di conseguimento titolo	
Voto	

**Iscrizione all'Albo**

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

**PARTE 1: TITOLI FORMATIVI E SCIENTIFICI (MAX 35 PUNTI TOTALI)****1. Master Universitari di I livello attinenti (max 3):**

Istituzione	
Titolo del master	
Data di conseguimento titolo	

Istituzione	
Titolo del master	
Data di conseguimento titolo	

Istituzione	
Titolo del master	
Data di conseguimento titolo	

Punteggio (2 per un titolo, 6 per tre): \_\_\_\_\_

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

Istituzione	
Titolo del master	
Data di conseguimento titolo	

Istituzione	
Titolo del master	
Data di conseguimento titolo	

Punteggio (4 per un titolo, 8 per due): \_\_\_\_\_

**3. 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	

Punteggio (8 per un titolo, 16 per 2): \_\_\_\_\_

**4. Pubblicazioni scientifiche attinenti (max 5):**

Autori	
Titolo	
Anno di pubblicazione	
Rivista o volume	
ISBN/ISSN	

Autori	
Titolo	
Anno di pubblicazione	
Rivista o volume	
ISBN/ISSN	

Autori	
Titolo	
Anno di pubblicazione	
Rivista o volume	
ISBN/ISSN	

Autori	
Titolo	
Anno di pubblicazione	
Rivista o volume	
ISBN/ISSN	

Autori	
Titolo	
Anno di pubblicazione	
Rivista o volume	
ISBN/ISSN	

Punteggio (1 per pubblicazione, max 5): \_\_\_\_\_

**Punteggio complessivo PARTE 1:** \_\_\_\_\_

**PARTE 2 – ESPERIENZE PROFESSIONALI (MAX 35 PUNTI TOTALI)**

1. Gestione Sportello d'ascolto scolastico documentato e retribuito (numero di anni di esperienza con min. 40 ore/anno anche su più istituti):

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	

Tipologia di sportello	
Istituto scolastico	
Anno	
Numero di ore	

Punteggio (2 per ogni anno max 14 punti): \_\_\_\_\_

**2. Percorsi di educazione all'affettività nelle scuole secondarie di primo grado e primarie (numero di anni di esperienza con minimo 40 ore/anno anche su più istituti)**

Tipologia di esperienza	
Istituto scolastico	
Anno	

Tipologia di esperienza	
Istituto scolastico	
Anno	

Tipologia di esperienza	
Istituto scolastico	
Anno	

Tipologia di esperienza	
Istituto scolastico	
Anno	

Tipologia di esperienza	
Istituto scolastico	
Anno	

Tipologia di esperienza	
Istituto scolastico	
Anno	

Tipologia di esperienza	
Istituto scolastico	
Anno	

**3.** Esperienze come formatore/conduuttore di laboratori o corsi di formazione per docenti/genitori gestiti da Istituzioni scolastiche o altri enti su tematiche di tipo relazionale (durata almeno 8 ore):

Titolo formazione	
Istituto scolastico/Ente	
Anno	
Numero di ore	

Titolo formazione	
Istituto scolastico/Ente	
Anno	
Numero di ore	

Titolo formazione	
Istituto scolastico/Ente	
Anno	
Numero di ore	

Titolo formazione	
Istituto scolastico/Ente	
Anno	
Numero di ore	

Titolo formazione	
Istituto scolastico/Ente	
Anno	
Numero di ore	

Titolo formazione	
Istituto scolastico/Ente	
Anno	
Numero di ore	

Titolo formazione	
Istituto scolastico/Ente	
Anno	
Numero di ore	

Punteggio (1 per ogni corso, max. 7 punti):

**Punteggio complessivo PARTE 2:** \_\_\_\_\_

**PUNTEGGIO TOTALE (PARTE 1 + PARTE 2):** \_\_\_\_\_

**Data**

**Firma**