Fac-simile della domanda di ammissione alla selezione per il conferimento di un incarico libero professionale a laureato in psicologia, in possesso della specializzazione in psicoterapia, ai sensi dell’articolo 7, comma 6, del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.

**Al Direttore Generale**

**dell’Azienda per l’Assistenza Sanitaria n. 5**

**“Friuli Occidentale”**

**Via della Vecchia Ceramica, 1**

**33170 PORDENONE**

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

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) (Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammess..… alla selezione, per titoli, ed eventuale colloquio, con scadenza il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per il quale dichiara la propria disponibilità ad essere eventualmente convocato, per le vie brevi nei modi stabiliti dal bando,

**per il conferimento di n. 1**

**INCARICO LIBERO PROFESSIONALE A LAUREATO IN PSICOLOGIA,**

**IN POSSESSO DELLA SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA,**

**CON ESPERIENZA IN TERAPIA FAMILIARE O COGNITIVISTA,**

**E ALMENO 6 MESI DI ESPERIENZA PRESSO SERVIZI DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

A tal fine dichiara, sotto propria responsabilità e con finalità di autocertificazione, consapevole della veridicità delle stesse e delle eventuali sanzioni penali di cui all’art. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 in caso di false dichiarazioni:

* di essere in possesso della cittadinanza del seguente Stato membro dell’Unione Europea: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di godere dei diritti politici e civili nello Stato di appartenenza e provenienza;
* di essere in possesso dei requisiti di cui all’art. 7, comma 1 della L. 06.08.2013 n. 97 (Allegare documentazione probatoria).
* di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ovvero di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);
* di avere riportato le seguenti condanne penali (*da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di non avere mai riportato condanne penali anche con sentenza non passata in giudicato (e/o patteggiamento) per uno dei reati previsti dal capo I, titolo II, libro II del codice penale, (*delitti contro la pubblica amministrazione*) e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure preventive, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale e di non avere procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* in riferimento a quanto previsto per l’attuazione della direttiva europea relativa alla lotta contro l’abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile, di non aver riportato condanne per taluno dei reati previsti dal codice penale, ovvero di non essere stato destinatario di sanzioni interdittive all’esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;
* di essere in possesso della Laurea in Psicologia, conseguita il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Iscrizione all’Ordine degli Psicologi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di aver conseguito l’autorizzazione all’esercizio della psicoterapia in data e/o sessione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conseguita il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di avere esperienza in Terapia Familiare o Cognitivista;
* di avere esperienza di lavoro di rete;
* di avere una documentata esperienza di almeno mesi 6 presso Servizi di Neuropsichiatria Infantile;
* di accettare le condizioni previste dal bando per il conferimento di incarico libero professionale;
* di essere in possesso di partita IVA;
* di aver preso cognizione della disciplina vigente in materia di protezione dei dati personali, di cui al D. Lgs. 30.6.2003, n. 196 e dei propri diritti nello specifico ambito, riportati nella informativa allegata al bando;
* di avere un’adeguata conoscenza della lingua italiana *(dichiarazione riservata ai cittadini stranieri)*;
* che l'indirizzo - con l’impegno di comunicare ogni eventuale variazione - al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente bando è il seguente:

**Sig./a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_**

**Telefono n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**C.A.P. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CITTA’\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Indirizzo e–mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**P.E.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Si allega inoltre:

1. curriculum formativo e professionale, datato e firmato, reso in forma di autocertificazioneD.P.R. 445/2000 - che contenga ogni elemento utile alla valutazione, in relazione all’incarico da conferire e agli obiettivi da perseguire;
2. la fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.-

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

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Art. 46 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’**

(Art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

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

(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(luogo) (prov.) (data)

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

………………………………..………………………………………………………………………..

………………………………..………………………………………………………………………..

………………………………..………………………………………………………………………..

………………………………..………………………………………………………………………..

………………………………..………………………………………………………………………..

………………………………..………………………………………………………………………..

………………………………..………………………………………………………………………..

………………………………..………………………………………………………………………..

………………………………..………………………………………………………………………..

………………………………..………………………………………………………………………..

………………………………..………………………………………………………………………..

………………………………..………………………………………………………………………..

Dichiaro di aver preso cognizione della disciplina vigente in materia di protezione dei dati personali di cui al Decreto Legislativo 30.6.2003, n. 196 e dei propri diritti nello specifico ambito, riportati nell’informativa allegata al bando.

Allega copia del documento di identità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

…….………………………………………

(luogo e data)

IL/LA DICHIARANTE

………………………………………

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del Codice della Privacy:**

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 ad oggetto "Codice in materia di Protezione dei Dati Personali", si comunicano le seguenti informazioni al fine del trattamento dei dati richiesti:

**Finalità del trattamento**

Il trattamento dei dati verrà effettuato per permettere l’espletamento delle procedure selettive e per gli adempimenti conseguenti all’eventuale conferimento di un incarico esterno con contratto di diritto privato per l’attività di “medico autorizzato per l’attività di sorveglianza medica dei lavoratori radioesposti di categoria A”.

**Modalità di trattamento**

I dati verranno trattati con strumenti elettronici e informatici e memorizzati sia su supporti informatici che su supporti cartacei che su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto delle misure minime di sicurezza ai sensi del Codice privacy.

**Natura obbligatoria**

Tutti i dati richiesti sono obbligatori.

**Conseguenza del rifiuto dei dati**

In caso di mancato inserimento di uno o più dati obbligatori l’interessato non potrà partecipare alla selezione.

**Soggetti a cui potranno essere comunicati i dati personali**

I dati personali relativi al trattamento in questione possono essere comunicati:

Istituti Previdenziali e Assistenziali, Ordini.

**Diritti dell’interessato**

In relazione al trattamento di dati personali l’interessato ha diritto, ai sensi dell’art. 7 (Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti) del Codice Privacy:

1. L’interessato ha diritto di ottenere la conferma dell’esistenza o meno dei dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intellegibile.

2. L’interessato ha diritto di ottenere l’indicazione:

1. dell’origine dei dati personali;
2. delle finalità e modalità di trattamento;
3. della logica applicata n caso di trattamento effettuato con l’ausilio di strumenti elettronici;
4. degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell’art. 5, comma 2;
5. dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati

3. L’interessato ha diritto di ottenere:

1. l’aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l’integrazione dei dati;
2. la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
3. l’attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L’interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

1. per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta;
2. al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

**Il titolare del trattamento dei dati** è la:

Azienda per l’Assistenza Sanitaria n. 5 “Friuli Occidentale”

Via della Vecchia Ceramica, 1

33170 Pordenone

**Il Responsabile del trattamento dei dati** è

Direttore S.C. Politiche e Gestione Risorse Umane