

Spett.le ASP Città di Bologna
Viale Roma n. 21
40139 Bologna (BO)

AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO PROFESSIONALE IN QUALITA' DI PSICOLOGO NELL'AMBITO DELLE STRUTTURE CON POSTI DEDICATI ALLA GRAVISSIMA DISABILITA' ACQUISITA, ALLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI MULTIUTENZA O CON POSTI SPECIALIZZATI PER ANZIANI AFFETTI DA FORME DI DECADIMENTO COGNITIVO E/O SINTOMI COMPORTAMENTALI ALLE ATTIVITÀ DEL PROGETTO TENIAMOCI PER MANO DI ASP CITTÀ DI BOLOGNA

l sottoscritt_ _____
nat_ a _____ (____) il __/__/____
residente in _____ (____) cap _____
via _____ n° _____
cod. fisc. _____ p.Iva _____
Tel. ____/____ Cellulare ____/____ E-mail _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione comparativa per il conferimento di incarichi libero professionali in qualità di:

- psicologo nelle strutture semiresidenziali;
- psicologo nelle strutture residenziali;
- psicologo coordinatore del progetto Teniamoci per mano;
- psicologo non coordinatore per il progetto Teniamoci per mano;

A tal fine, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 76, DPR 445/00), ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

CITTADINANZA _____

GODIMENTO DEI DIRITTI CIVILI E POLITICI SI
 NO

CONDANNE PENALI SI (quali) _____
 NO

- di essere in possesso del Diploma di Laurea in Psicologia;
- di essere iscritto all'Albo da almeno 3 anni (non è richiesta l'iscrizione solo per le figure di psicologo non coordinatore, da impegnare nel Progetto Teniamoci per mano);
- di aver preso visione dell'avviso pubblico della presente selezione;
- di non essere stato destituito/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- di non trovarsi in conflitto di interessi con ASP Città di Bologna;
- di non essere stato collocato/a in quiescenza;
- di essere in possesso di regolare partita Iva ed assicurazione di responsabilità civile professionale verso terzi;

o in alternativa

- che all'atto della stipulazione del contratto di incarico sarà in possesso di regolare partita Iva e assicurazione di responsabilità civile professionale verso terzi;

l sottoscritt_ autorizza l'ASP Città di Bologna al trattamento dei dati personali forniti ai sensi del D.Lgs. 196/2003 ai fini della gestione della presente procedura.

Data ___/___/___

Firma _____

Si allegano i seguenti documenti:

- copia firmata di documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità
- curriculum vitae
- dichiarazione sostitutiva di certificazione (All. B)