

**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI DISPONIBILI
PROFESSIONISTI PSICOLOGI AMBULATORIALI**

**Marca da bollo
€ 16,00**

ALL'U.O PROCESSI AMMINISTRATIVI
CURE PRIMARIE
AZIENDA USL DI BOLOGNA
VIA S. ISAIA 94/A
40123 BOLOGNA

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

Via/Piazza _____ n. _____ c.a.p. _____

Telefono n. _____

Indirizzo pec _____

Indirizzo mail _____

presenta dichiarazione di disponibilità alla copertura dei seguenti **incarichi a tempo indeterminato**

- Incarico a TEMPO INDETERMINATO, indivisibile, di n. _____ ore settimanali**

area _____

presso _____

- Incarico a TEMPO INDETERMINATO, indivisibile, di n. _____ ore settimanali**

area _____

presso _____

- Incarico a TEMPO INDETERMINATO, indivisibile, di n. _____ ore settimanali**

area _____

presso _____

presenta dichiarazione di disponibilità alla copertura dei seguenti **incarichi a tempo determinato**

○ **Incarico a TEMPO DETERMINATO, indivisibile**, di n. _____ ore settimanali
area _____
presso _____

○ **Incarico a TEMPO DETERMINATO, indivisibile**, di n. _____ ore settimanali
area _____
presso _____

PUBBLICAZIONE PRIMO TRIMESTRE 2025 – MARZO 2025

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000),

D I C H I A R A

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Psicologia conseguito presso l'Università di _____

in data _____;

2. di essere iscritto all'Ordine degli Psicologi di _____;

3. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

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

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

(barrare la casella che interessa)

di essere professionista psicologo titolare a tempo indeterminato *(ai sensi dell'art. 21 ACN del 04.04.2024)* con data di primo incarico (indicare giorno, mese ed anno) ____/____/____:

▪ presso l'Azienda USL di _____ per complessive n. _____ ore settimanali;

▪ presso il Ministero della Difesa, Ministero di Grazie e Giustizia o altri Enti riconosciuti dall'ACN in vigore, per complessive n. _____ ore _____ a decorrere dal _____

c/o la Sede _____

- di essere professionista psicologo titolare di incarico a tempo determinato (*ai sensi dell'art. 22 ACN del 04.04.2024*) presso _____ dal _____ per complessive ore settimanali n. _____
- di essere professionista psicologo inserito nella graduatoria provinciale vigente per i Professionisti Psicologi ambulatoriali, Area _____, alla posizione n. _____ con punti _____
- di essere professionista psicologo non inserito nella graduatoria provinciale vigente per i Professionisti Psicologi ambulatoriali - Area _____
- di essere psicologo dipendente di struttura pubblica (specificare se a tempo indeterminato o a tempo determinato)

presso _____

con anzianità di servizio dal (*indicare giorno, mese, anno*) _____ / _____ / _____

dichiara inoltre:

- di essere cittadino italiano
- di essere cittadino di altro paese appartenente alla UE
(specificare) _____

difruire / non fruire (1) del trattamento di invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e previdenza sociale;

di fruire / non fruire (1) di trattamento di quiescenza;

In caso affermativo, indicare il tipo di rapporto cessato e l'ente erogatore _____

di impegnarsi, in caso di assegnazione di incarico, a rimuovere eventuali situazioni di incompatibilità, come prescritto dal vigente ACN;

di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla privacy, che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento;

Il sottoscritto si impegna a comunicare ogni variazione in merito a quanto sopra riportato.

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:

✓ _____

Data _____

Firma per esteso (*) _____

(*) La sottoscrizione di tale dichiarazione, non soggetta ad autenticazione, deve essere inviata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità**

NOTE (2) _____

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, dichiara inoltre che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

In fede

data

firma per esteso (3)

- (1) cancellare la parte che non interessa
- (2) qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".
- (3) ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 **la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.**