



**Città di Vigevano**

Provincia di Pavia



**Settore Politiche Sociali e Culturali**

**Servizio Programmazione e Piano di Zona, Coordinamento e gestione alloggi ERP**

AMBITO DISTRETTUALE DELLA LOMELLINA - Ufficio di Piano

AL DIRIGENTE DEL SETTORE POLITICHE  
SOCIALI E CULTURALI DEL COMUNE DI  
VIGEVANO – ENTE CAPOFILIA AMBITO  
LOMELLINA  
C.SO VITTORIO EMANUELE II N. 25  
27029 VIGEVANO (PV)

Il sottoscritt \_\_\_\_\_, chiede di partecipare alla selezione per titoli e colloquio per l'affidamento di incarico professionale a n. 1 Psicologo al fine del potenziamento delle figure professionali per l'attivazione di équipe multidisciplinari e della valutazione multidimensionale dei nuclei beneficiari di Assegno di Inclusione (ADI) per l'Ambito Distrettuale della Lomellina

Dichiara sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- a. di essere nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- b. di risiedere a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono n. \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
PEC: \_\_\_\_\_
- c. di essere in possesso della cittadinanza: \_\_\_\_\_
- d. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_
- e. di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
- f. di essere in possesso del diploma di laurea in psicologia, conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- g. di essere iscritt\_ all'Albo degli Psicologi di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_;
- h. che il numero di Codice Fiscale è il seguente: \_\_\_\_\_
- i. che il numero di P.Iva è il seguente: \_\_\_\_\_
- j. di accettare tutte le indicazioni contenute nell'avviso e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione della procedura di selezione e degli adempimenti conseguenti ai sensi del GDPR 679/2016;

k. che l'indirizzo al quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa al presente avviso è il seguente:

Dott. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

#### DICHIARA INOLTRE

1. che non sussistono elementi che possono causare incompatibilità o interdizione dai pubblici uffici che escludano l'affidamento di incarichi o la contrattazione con la P.A.;
2. che le dichiarazioni rese nel curriculum allegato, datato e firmato, corrispondono al vero;
3. di essere disponibile, in caso di affidamento dell'incarico libero - professionale, ad essere contattato telefonicamente dai servizi sociali, psicosociali e dagli utenti per comunicazioni urgenti correlate allo svolgimento dell'attività;
4. di essere disponibile a partecipare agli incontri dell'équipe multidisciplinare, secondo modalità e tempi che verranno di volta in volta definiti a seconda delle disponibilità dei professionisti coinvolti.
5. di essere, inoltre, disponibile a partecipare a equipe di coordinamento interno al servizio e a equipe con altri servizi.

Data, \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_