fac simile domanda

Al Direttore SC Ricerca e
Selezione Risorse Umane
ATS Sardegna
Via pec
bandiricercaselez.risumane@pec.atssardegna.it

__l__ sottoscritt_____, nat__ a _____(Prov.___) il _____, CF _____ residente in _____, (CAP_____), Via_____ n.___ domiciliat_ in (*compilare solo se diverso da residenza*)_____ (CAP_____), via _____ n.__ tel. _____ email _____ pec _____

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare all' **AVVISO PUBBLICO VOLTO ALLA SELEZIONE E SUCCESSIVO CONFERIMENTO DI N. TRE INCARICHI DI COLLABORAZIONE ESTERNA LIBERO-PROFESSIONALI EX ART. 7 COMMA 6 D. LGS. N. 165/2001 ss.mm.ii., PROFILO PSICOLOGO-PSICOTERAPEUTA IN POSSESSO DI SPECIFICA ESPERIENZA DA ASSEGNARE RISPETTIVAMENTI ALLE AA.SS.LL. DI OLBIA, SASSARI E LANUSEI, NELL'AMBITO DEL PIANO REGIONALE GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (G.A.P.) DELLA REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA AI SENSI DELLA LEGGE N. 208 DEL 28/12/2015, ART. 1 COMMA 946 – CODICE PROGETTO ATS 201806**

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.p.r. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del citato d.p.r., dichiara:

(***Requisiti generali)***

- Di essere cittadin_ italian_, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinan_ di uno dei Paesi dell'Unione Europea _____;
- Di godere dei diritti civili e politici e di non essere stato escluso dall'elettorato politico attivo;
- Di non aver riportato condanne penali (ovvero indicare le condanne penali riportate)_____;
- Di non essere cessat_ dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito lo stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;
- Di non essere dipendente di una Pubblica Amministrazione o di una Struttura Sanitaria Privata accredita presso il Servizio Sanitario Nazionale;
- Di non trovarsi in situazioni che possano ingenerare anche solo potenzialmente conflitti di interesse

con ATS Sardegna rilevante ai sensi dell'art. 6 *bis* L. 241/1990;

- ☐ Di aver conseguito la Laurea Magistrale in Psicologia presso _____ in data _____;
- ☐ Di essere in possesso del titolo di specializzazione in Psicoterapia conseguito presso _____ in data _____;
- ☐ Di essere iscritt_ all'Albo professionale degli Psicologi e degli Psicoterapeuti di _____ dalla data del _____ con matr. _____;
- ☐ Di possedere una buona conoscenza dei sistemi informatici e del pacchetto *office*

Dichiara, altresì, di essere in possesso degli ulteriori ***Requisiti specifici:***

Per ogni requisito riportato di seguito indicare il possesso di eventuali certificazioni, data ed ente di rilascio e/o denominazione ente; periodo di riferimento esperienza professionale, tipologia contrattuale, specificare se struttura sanitaria pubblica o privata accreditata presso S.S.N.

- ☐ Esperienza nell'ambito delle problematiche correlate all'"*addiction*", al disturbo da gioco d'azzardo e nuove droghe e dipendenze (N.P.S.);

  _____

  _____

  _____;

- ☐ Esperienza nell'ambito delle problematiche psicologiche, sociali e legali direttamente correlabili al gioco d'azzardo patologico;

  _____

  _____

  _____;

- ☐ Esperienza nella gestione/conduzione di gruppi e nella progettazione e realizzazione di interventi di prevenzione, cura e riabilitazione, individuali e di gruppo, acquisita presso Strutture Sanitarie Pubbliche o Private accreditate presso il Servizio Sanitario Nazionale;

  _____

  _____

  _____;

- ☐ Esperienza in materia di aggiornamento professionale e di formazione in materia di "*addicition*" acquisita attraverso la partecipazione a corsi specifici sulle tematiche suddette comprovabile in sede di autocertificazione mediante dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio ex artt. 46 e 47 DPR 445/2000.

  _____

  _____

  _____;

Si allegano:

1. *Curriculum formativo e professionale datato e firmato;*

2. copia di un documento di identità in corso di validità;

3. copia codice fiscale;

4. eventuali documentazioni o dichiarazioni sostitutive ex art. dpr 445/2000 comprovanti le esperienze sopra declinate.

Data _____Firma _____

Si autorizza al trattamento dei dati personali esclusivamente per le finalità di cui all'oggetto nel rispetto della normativa in materia, ai sensi del d.lgs. n. 196/2003 e GDPR UE 679/2016.

Data _____ Firma _____