

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE SHORT LISTS
ASSISTENTI SOCIALI E PSICOLOGI**

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi degli artt. 45 e 46 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

COMPLETARE TUTTI I CAMPI IN STAMPATELLO

Il/La sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente in _____ Prov. _____ CAP _____

Indirizzo _____

C.F. _____ Partita IVA n. (*se posseduta*) _____

Domiciliato in (indicare solo se il domicilio non coincide con la residenza):

Cell. _____ ;

pec _____ ;

email: _____

Iscritto/a alla sez. A/B n° _____ dell'albo degli assistenti sociali della regione _____.

Iscritto/a alla sez. A n° _____ dell'albo degli psicologi della regione _____.

CHIEDE

di partecipare alla presente selezione.

A tal fine 1 sottoscritto/a, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445, sulla responsabilità penale, e consapevole delle sanzioni previste cui può andare incontro per le ipotesi di falsità in caso di atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

di essere:

Assistente sociale iscritto all'Albo degli Assistenti sociali della Regione _____, sez. _____;

Psicologo iscritto all'Albo degli Psicologi della Regione _____;

di essere registrato presso l'elenco degli psicoterapeuti: sì no

- di non avere riportato condanne penali;
- di non aver avere in atto procedimenti disciplinari;
- di avere conseguito la seguente formazione specifica nei settori della tutela dei minori stranieri non accompagnati, della tutela dei diritti dei minori e dell'emergenza (indicare solo Dottorato, Master universitario, Corsi di alta formazione/perfezionamento):

Dottorato:

Master Universitario:

Corsi di alta formazione e/o perfezionamento (corsi post - lauream professionalizzante da 10 a 25 CFU – da 225 a 625 ore):

- Di aver conseguito la seguente esperienza professionale con i minori stranieri:

1. In qualità di assistente sociale/psicologo (specificare *dove*: in prima accoglienza e soccorso (CPSA); in seconda accoglienza, nei centri di transito istituiti in caso di emergenza, in comunità per minori; in comunità per minori richiedenti asilo; Servizi sociali- *Tipo di prestazione*: attività di servizio sociale, psicologica, psicoterapica - *per quanto tempo*.)

Servizi di prima accoglienza

Tipo di prestazione: _____

Tempi: _____

Servizi di seconda accoglienza

Tipo di prestazione: _____

Tempi: _____

—

2. Altre esperienze nel settore

Tipo di prestazione: _____

Tempi _____

3. Attività di formazione rivolta ad operatori che lavorano con minori stranieri:

4. Attività di docenza in dottorati, master, corsi di alta formazione, perfezionamento o
aggiornamento nell'ambito dell'accoglienza dei minori stranieri:

Dichiara inoltre:

- di essere in possesso dell'idoneità fisica allo svolgimento dell'attività;

- di godere dei diritti civili e politici;
- di non aver riportato condanne penali, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardino l'applicazione di misure di prevenzione, di interdizione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- perfetta conoscenza e padronanza della lingua italiana;
- di essere reperibile h 24;
- di essere disponibile a ricoprire l'incarico eventualmente affidato a far data dal 1 febbraio 2017;
- di essere disponibile e di poter raggiungere entro 2 ore le seguenti località previste dall'avviso (barrare una o più località con una x):
 Lampedusa Pozzallo Taranto Trapani;
- che non sussistono incompatibilità tra lo svolgimento dell'incarico e le condizioni professionali e personali;
- che quanto dichiarato nel curriculum formativo e professionale, allegato alla presente istanza, risponde a verità ai sensi del D.P.R. 445/2000;
- di autorizzare la Fondazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D. Lgs. n.196/2003.

La domanda di partecipazione alla selezione va compilata, firmata, scansionata e inviata, insieme al curriculum formativo e professionale ed al documento di identità in corso di validità, in un unico file tramite PEC personale all'indirizzo **fondazioneas@arubapec.it**, pena esclusione, entro il termine stabilito.

Data

Firma _____