

ALLEGATO B

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà relativa al possesso dei requisiti per l'iscrizione all'Elenco di Psicologi Supervisor per i progetti SAI

Il/la sottoscritto/a * _____ * _____, nato/a _____ il ____/____/____, codice fiscale _____, residente in _____, via/piazza _____ n. _____, CAP _____, telefono _____, e-mail _____, PEC _____, in qualità di libero/a professionista, titolare della Partita IVA n. _____, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti prevista dall'art. 75 del medesimo Decreto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per quanto applicabili alla procedura e ai rapporti con il Consorzio,

DICHIARA

- di essere cittadino/a:
- ☐ italiano/a;
- ☐ di altro Stato membro dell'Unione europea, precisamente _____;
- ☐ di Paese terzo e di essere titolare di un regolare titolo di soggiorno che consente l'esercizio dell'attività professionale, rilasciato da _____, n. _____, con scadenza ____/____/____;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di essere in possesso della laurea magistrale o specialistica in Psicologia, classe LM-51 o titolo equipollente, conseguita presso _____ in data ____/____/____, con votazione ____/____;
- di essere abilitato/a all'esercizio della professione di psicologo dal ____/____/____;
- di essere iscritto/a all'Albo degli Psicologi della Regione _____, sezione [A / B], con il n. _____, dal ____/____/____, e che tale iscrizione è attualmente attiva;

- [] di essere in regola con il pagamento dei contributi e degli oneri dovuti all'Ordine professionale, per quanto applicabile;
- [] di essere in possesso del titolo di specializzazione in psicoterapia conseguito presso _____ in data _/_/;
- di non aver riportato condanne penali passate in giudicato e di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza o di prevenzione, nonché di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della normativa vigente;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali;
- di non essere destinatario/a di provvedimenti disciplinari definitivi adottati dall'Ordine professionale di appartenenza;
- di essere in possesso del codice fiscale e della Partita IVA indicati in epigrafe.

Il/la sottoscritto/a dichiara, sotto la propria responsabilità e per quanto a propria diretta conoscenza:

- di possedere un'esperienza professionale di almeno tre anni, anche cumulativa, maturata in attività di supporto psicologico, valutazione psicologica o supervisione di equipe nell'ambito di progetti di accoglienza e integrazione di cittadini stranieri, servizi per richiedenti asilo e rifugiati, progetti SAI/SPRAR, CAS, centri antiviolenza o servizi per vittime di tortura e tratta;
- che l'esperienza professionale di cui al punto precedente è così specificata:
- di aver maturato esperienza nella supervisione di equipe multidisciplinari o di gruppi di lavoro professionali.
- di conoscere le seguenti lingue straniere, indicando il livello di conoscenza:
- di non trovarsi in alcuna delle cause di esclusione o incompatibilità previste dall'art. 5 dell'avviso;

- di non trovarsi in situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, rispetto al Consorzio, ai progetti SAI I o ai destinatari delle attività di supervisione;
- di non avere rapporti di parentela, affinità o convivenza con ospiti, operatori o componenti degli organi del Consorzio coinvolti nella valutazione delle domande o nell'affidamento degli incarichi, salvo quanto eventualmente dichiarato di seguito:
- di non svolgere attività che, per oggetto, modalità o destinatari, siano incompatibili con l'incarico di supervisore psicologo nell'ambito dei progetti SAI ;
- che tutte le informazioni riportate nella presente dichiarazione, nel curriculum vitae e nella documentazione allegata sono veritiere, complete e aggiornate;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Consorzio ogni variazione dei dati dichiarati e ogni sopravvenuta perdita dei requisiti richiesti dall'art. 4 dell'avviso;
- di essere consapevole che l'iscrizione all'elenco non attribuisce alcun diritto all'affidamento di incarichi e non costituisce instaurazione di un rapporto di lavoro o di collaborazione con il Consorzio;
- di accettare integralmente le disposizioni dell'avviso pubblico e, in particolare, le modalità di verifica dei requisiti, di aggiornamento e di cancellazione dall'elenco.

Dichiarazione di conformità della documentazione allegata

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara che le copie eventualmente allegate relative a titoli di studio, attestati, certificazioni o documenti di servizio sono conformi agli originali in proprio possesso, ai sensi dell'art. 19 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Informativa sulle verifiche e sulle conseguenze delle dichiarazioni non veritiere

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara di essere consapevole che il Consorzio può effettuare verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese, anche mediante richiesta di conferma agli enti e agli organismi competenti e anche successivamente all'eventuale iscrizione all'elenco, nei limiti consentiti dalla legge e dalla natura della procedura.

In caso di dichiarazioni non veritiere, il/la dichiarante è soggetto/a:

- alla decadenza dall'iscrizione all'elenco e dagli eventuali benefici o incarichi conseguenti alla dichiarazione non veritiera;
- alle conseguenze previste dall'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, comprese le responsabilità penali previste dal codice penale e dalle leggi speciali;
- all'eventuale risoluzione o revoca dell'incarico, ove già conferito, fatto salvo il risarcimento degli eventuali danni.

Allegati

copia di un documento di identità in corso di validità;

- curriculum vitae datato e sottoscritto;
- copia del codice fiscale/tessera sanitaria;
- attestati e documentazione relativa ai titoli e alle esperienze dichiarate;
- altro: _____.

Sottoscrizione

Luogo * ____ *, data ____/____/____

Firma del/della dichiarante
