

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE A SELEZIONE COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI N. 7 INCARICHI PROFESSIONALI DI PSICOLOGO DELLA DURATA DI 24 MESI PER LA REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DI CONSULENZA E/O SOSTEGNO PSICOLOGICO IN FAVORE DI ASSICURATI INAIL E DEI FAMILIARI DI ASSICURATI INAIL DECEDUTI SUL LAVORO.

Il/La sottoscritto/a

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza Indirizzo _____

Tel. _____ Cell. _____ e.mail _____

PEC _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla selezione di cui all'oggetto, per la Sede INAIL di _____ (vedere l'elenco delle sedi nell'avviso pubblico: si chiede di esprimere una sola preferenza per la sede dove il professionista ha la propria sede legale);

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i. di essere attualmente in possesso dei seguenti requisiti:

1. di non essere dipendente dell'INAIL a rapporto d'impiego e di non avere incarichi da parte dell'Istituto con rapporto libero-professionale;
2. di non ricoprire incarichi presso Enti di Patrocinio;
3. di non trovarsi, con riferimento all'incarico, in situazioni anche potenziali di conflitto di interessi, ai sensi della normativa vigente;
4. di non trovarsi comunque in situazione di incompatibilità, cumulo di impieghi ed incarichi ex art. 53 del D.Lgs. 165/2001;
5. di non aver contenziosi civili e amministrativi pendenti nei confronti dell'I.N.A.I.L.;
6. di non trovarsi in stato di interdizione legale ovvero di interdizione temporanea dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;
7. di non essere mai stato sottoposto a misure di prevenzione né di aver riportato condanne per i reati di cui alle leggi antimafia;

8. di non aver riportato condanne penali o provvedimenti consistenti in misure di prevenzione, decisioni civili e provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
9. di non avere procedimenti penali in corso;
10. di essere in possesso della partita IVA;
11. di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell'Unione Europea;
12. di godere dei diritti civili e politici;
13. di essere in possesso dei titoli di studio di cui al paragrafo successivo;
14. di essere abilitato all'esercizio della professione;
15. di essere iscritto all'albo degli psicologi della provincia di _____ al nr _____ dal _____;
16. di non essere mai stato destituito né dispensato da Pubbliche Amministrazioni;
17. di assicurare il rispetto della riservatezza dei dati, situazioni o su quanto venga a conoscenza in conseguenza dell'opera svolta e di impegnarsi altresì a non divulgare detti elementi, anche al fine scientifico, senza un esplicito e preventivo assenso dell'INAIL;
18. di essere in possesso di idonea polizza assicurativa per responsabilità civile e professionale;
19. di prestare servizio / non prestare servizio (cancellare la risposta non corretta) presso altre pubbliche amministrazioni (in caso positivo allegare dichiarazione resa ai sensi DPR 445/2000 attestante di essere autorizzato allo svolgimento delle prestazioni);
20. Dichiaro inoltre quanto di seguito indicato:

Esperienza formativa (NOTA: le righe possono essere aggiunte a discrezione del partecipante)

	dal (gg/mm/aa)	al (gg/mm/aa)	Titolo	Istituto	Eventuale votazione conseguita	<i>Riservato commissione INAIL</i>
Laurea magistrale						
Specializzazione in psicoterapia						
Master universitario						

Publicazioni scientifiche				
Titolo	rivista/editore	Data di pubblicazione	Autori	Codice ISBN o simili

Corsi di formazione, seminari e convegni in qualità di partecipanti, documentabili, sui temi della psicotraumatologia e della psicologia della disabilità	dal (gg/mm/aa)	al (gg/mm/aa)	Organizzatore	Eventuale votazione conseguita	Riservato commissione INAIL

Corsi di formazione, seminari e convegni in qualità di relatori, documentabili, sui temi della psicotraumatologia e della psicologia della disabilità	dal (gg/mm/aa)	al (gg/mm/aa)	Organizzatore	Eventuale votazione conseguita	Riservato commissione INAIL

Esperienza lavorativa (NOTA: le righe possono essere aggiunte a discrezione del partecipante)

Dal (gg/mm/aa)	Al (gg/mm/aa)	n. mesi totali	Profilo professionale	Committente	Tipo di azienda o settore	Tipologia di incarico o di contratto	n. ore settimanali	Ambito (disabilità acquisita per esiti traumatici-malattia professionale-disabilità-sostegno delle vittime di eventi traumatici-altro)	Riservato commissione INAIL

ATTESTA

- di aver preso visione delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. N. 445/2000;
- di aver avuto piena conoscenza dell'avviso pubblico in data _____ e di accettarne tutte le indicazioni in esso riportate;
- di essere consapevole che i dati forniti saranno utilizzati ai fini del presente incarico e comunque nel rispetto del d.lgs. n. 196/2003 s.m.i., quindi, ne autorizza il trattamento da parte dell'I.N.A.I.L.;
-

SI IMPEGNA

a comunicare le variazioni che dovessero intervenire nelle situazioni sopra indicate - nel periodo di vigenza dell'incarico, se conferito - o nel periodo di vigenza della graduatoria.

Il/la sottoscritto/a, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, dichiara sotto la propria responsabilità che tutti i titoli allegati alla presente domanda sono conformi all'originale ed è a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci.

Allega alla presente domanda:

Curriculum professionale e formativo, datato e sottoscritto, redatto ai sensi del DPR 445/2000 secondo il modello europeo;

Copia fotostatica del documento di identità in corso di validità.

Luogo e data _____

Firma Leggibile
