**Al Direttore Generale**

**dell’A.S.S.T. RHODENSE**

**Viale Forlanini,95**

**20024 GARBAGNATE MILANESE**

[protocollo@pec.asst-rhodense.it](mailto:protocollo@pec.asst-rhodense.it)

***Oggetto:* AVVISO PUBBLICO PER TITOLI E COLLOQUIO PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICo LIBERO PROFESSIONALE DI PRESTAZIONE D’OPERA AD UNO PSICOLOGO PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA’ DI NEUROPSICOLOGIA CLINICA, RIABILITAZIONE COGNITIVA E DI FORMAZIONE OPERATORI E CARE-GIVER PRESSO IL CENTRO REGIONALE ALZHEIMER DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI PASSIRANA, DELLA DURATA DI 24 MESI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

chiede di poter partecipare avviso pubblico per il conferimento di n.1 (uno) incarico libero professionale Psicologo per lo svolgimento di attivita’ di neuropsicologia clinica, riabilitazione cognitiva e di formazione operatori e care-giver presso il Centro Regionale Alzheimer del Presidio Ospedaliero di Passirana.

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76, nonché di quanto stabilito dall’art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere:

**DICHIARA DI:**

* essere nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di risiedere a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefono n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_pec:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* possedere la cittadinanza:
* italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti. Sono equiparati ai cittadini italiani i cittadini della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano;
* di uno dei Paesi dell’Unione Europea;
* familiare di cittadino degli Stati membri dell’Unione Europea, non avente la cittadinanza di uno Stato membro dell’Unione Europea, titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
* cittadino di Paesi terzi all’Unione Europea titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o titolare dello status di «rifugiato» o di «protezione sussidiaria»;
* essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ovvero di non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste elettorali per i seguenti motivi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* essere in possesso della Laurea Magistrale in Psicologia conseguita il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione di Psicologo conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* essere attualmente iscritto all’Ordine degli Psicologi della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* essere in possesso di Specializzazione in Psicoterapia conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* comprovata esperienza di almeno due anni in valutazioni ed attività di neuropsicologia clinica. Costituiranno criterio preferenziale attività di valutazione neuropsicologica nel campo delle demenze e nelle sperimentazioni farmacologiche relativa alla malattia di Alzheimer ed al mild cognitive impairment presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per il periodo dal \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* prestare oppure avere o non avere prestato servizio:
  + presso pubbliche Amministrazioni

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + presso Strutture private convenzionate e non

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + Quale libero professionista o con rapporto flessibile di lavoro (CO.CO.CO)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(con indicazione della durata, tipo di rapporto –*ad es.: dipendente/libero professionista* - ed eventuale causa di cessazione del rapporto di lavoro).**

* essere in possesso dei requisiti specifici richiesti per l’ammissione al presente bando;
* essere in possesso dell’idoneità fisica all’impiego

Dichiara, altresì:

* di non trovarsi in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate;
* di non essere stato gia’ lavoratore privato o pubblico collocato in quiescenza;
* di non trovarsi in conflitto di interesse con riferimento all’incarico ed in particolare di non prestare attività a favore di terzi che sia concorrente o incompatibile con quella svolta dall’ASST Rhodense;
* di non trovarsi in stato di interdizione legale o di interdizione temporanea dagli uffici pubblici;
* di non aver riportato condanne per reati contro la pubblica amministrazione o la fede pubblica e di non aver procedimenti pendenti per gli stessi reati;
* di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
* di essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
* di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’articolo 13 del Regolamento Europeo n. 2016/679, che i dati personali raccolti nel presente modulo e nel curriculum vitae allegato saranno trattati, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

-di sottostare a tutte le condizioni stabilite dal presente bando nonché ai regolamenti interni dell’Azienda; ivi incluso il Codice di Comportamento del personale, il Piano di prevenzione della corruzione dell’ASST Rhodense pubblicati sul sito internet aziendale.

Chiede infine che ogni comunicazione inerente la presente domanda venga inviata al seguente indirizzo:

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CITTÀ’ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

**N.B.** Alla domanda il candidato dovrà allegare:

* **In originale o copia autenticata ai sensi di legge ovvero autocertificati nelle forme di cui al D.P.R. n. 445/2000, utilizzando l’ unito modulo 1 a seconda della tipologia delle situazioni da dichiarare, tutte le certificazioni relative ai titoli che ritiene opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito;**
* **Curriculum formativo e professionale in formato europeo, datato e firmato e autocertificato ai sensi dell’art. 76 DPR n. 445/2000 in caso di comunicazioni mendaci;**
* **Elenco in carta semplice, delle pubblicazioni e dei titoli presentati;**
* **Copia di un documento di identità, non autenticata, di documento d’identità in corso di validità e del Codice fiscale;**
* **Copia delle polizze assicurative RCT e Infortuni;**
* **Copia del certificato di attribuzione della Partita Iva**

**MOD. 1**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI NOTORIETA’**

**(art. 46 del D.P.R. n. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a ..................................... nato/a a .......................................... il ............... residente a............................................... in via....................................................... consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall’art.76 del D.P.R. n. 445/2000,

**DICHIARA**

* di essere in possesso del/i seguente/i titolo/i di Studio:

Laurea in ............................................. conseguita il......................................presso l’Università ......................................................................................... in data ........................

* di essere in possesso della Laurea Magistrale in Psicologia conseguita presso .................................. in data ........................
* essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione di Psicologo conseguito in data ……………………….. presso l’Università …………………………………………..;
* di essere in possesso di Specializzazione in Psicoterapia conseguita presso .................................. in data ........................
* di essere iscritto all’Ordine degli Psicologi di……………………………………………..
* di avere comprovata esperienza di almeno due anni in valutazioni ed attività di neuropsicologia clinica. Costituiranno criterio preferenziale attività di valutazione neuropsicologica nel campo delle demenze e nelle sperimentazioni farmacologiche relativa alla malattia di Alzheimer ed al mild cognitive impairment;

presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per il periodo dal \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **di avere prestato i seguenti servizi:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE IN QUALITA’ DI DIPENDENTE** | | | | |
| **DENOMINAZIONE AMMINISTRAZIONE** | **Indicare Profilo**  **Professionale/Qualifica** | **Impegnativa**  **oraria**  **settimanale** | **dal**  **gg/mm/aa** | **al**  **gg/mm/aa** |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRESSO COOPERATIVE, AGENZIE INTERINALI, STRUTTURE PRIVATE IN QUALITA ’ DI DIPENDENTE** | | | | |
| **DENOMINAZIONE AMMINISTRAZIONE** | **Indicare Profilo**  **Professionale/Qualifica** | **Impegnativa**  **oraria**  **settimanale** | **dal**  **gg/mm/aa** | **al**  **gg/mm/aa** |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRESSO COOPERATIVE, AGENZIE INTERINALI, STRUTTURE PRIVATE/ALTRO – LIBERA PROFESSIONE** | | | | |
| **DENOMINAZIONE AMMINISTRAZIONE** | **Indicare Profilo**  **Professionale/Qualifica** | **Impegnativa**  **oraria**  **settimanale** | **dal**  **gg/mm/aa** | **al**  **gg/mm/aa** |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |

* **di aver partecipato a corsi di aggiornamento, congressi, seminari etc, come di seguito dettagliato:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTECIPAZIONE A CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI, SEMINARI, QUALE UDITORE** | | | | |
| **N.** | **TITOLO DEL CORSO/CONVEGNO ECC.** | **DATA DI SVOLGIMENTO** | **LUOGO DI**  **SVOLGIMENTO** | **Esame finale**  **(si/no)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PARTECIPAZIONE A CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI, SEMINARI, QUALE RELATORE** | | | |
| **N.** | **TITOLO DEL CORSO/CONVEGNO ECC.** | **DATA DI SVOLGIMENTO** | **LUOGO DI**  **SVOLGIMENTO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **che le pubblicazioni di seguito dettagliate, ed allegate alla presente dichiarazione, sono conformi agli originali in mio possesso:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LAVORI SCIENTIFICI (ALLEGARE COPIA DELLE PUBBLICAZIONI)** | | | |
| **N.** | **TITOLO DEL LAVORO** | **RIVISTA PUBBLICANTE** | **DATA**  **PUBBLICAZIONE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **altro:**  
  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(indicare analiticamente tutti gli elementi necessari all’esatta individuazione delle situazioni certificate)

* **la/le copia/e dei documenti allegata/e alla presente domanda sono conformi**

**all’/agli originale/i.**

luogo, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma per esteso del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_