

**Al Dirigente dell'Area
Didattica e Servizi agli
studenti
Università degli Studi di
Palermo**

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____
(nome) _____ (matr. _____),
nato/a a _____ il _____
in servizio presso _____
inquadrate/a nella cat. _____ area _____
recapito telefonico _____ e-mail _____

DICHIARA

A) di essere disponibile a prestare le attività descritte nell'Avviso prot n. _____ del _____, senza diritto a compensi aggiuntivi;

B) di non avere vincoli di coniugio o parentela o affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al dipartimento o alla struttura che ha richiesto l'incarico ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo;

C) di essere in possesso della seguente Laurea (*specificare magistrale oppure specialistica oppure di vecchio ordinamento*)

_____ rilasciata da _____ con voti _____/110 in data _____

D) di essere iscritto/a all'Albo degli Psicologi della Regione _____ con N. _____

Il/La sottoscritto/a **allega** alla presente istanza:

- curriculum vitae datato e sottoscritto, nel quale sono dettagliati la durata, la tipologia, la natura dell'esperienza professionale, nonché ogni altro elemento comprovante le capacità

di svolgere le attività oggetto dell'incarico, e **dichiara** che tutto quanto in esso indicato corrisponde al vero ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000;

- *(inserire se di interesse)* elenco delle autocertificazioni di ulteriori titoli, rese ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e dettagliate in durata, tipologia e natura, utili ai fini della valutazione della professionalità e della capacità di svolgere l'attività richiesta:

- *(inserire se di interesse)* le seguenti copie di attestazioni, utili ai fini della valutazione della professionalità e della capacità di svolgere l'attività richiesta:

1. _____

in originale/in copia autentica/in copia conforme all'originale ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 *(depenare la voce che non interessa)*,

2. _____

in originale/in copia autentica/in copia conforme all'originale ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 *(depenare la voce che non interessa)*,

3. _____

in originale/in copia autentica/in copia conforme all'originale ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 *(depenare la voce che non interessa)*,

4.....

- copia fotostatica di un valido documento di riconoscimento

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Europeo 2016/679, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data,

Firma

NULLA OSTA DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

IL SOTTOSCRITTO _____ RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA DEL/LA DOTT./SSA _____ AUTORIZZA IL/LA PREDETTO/A ALLO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ DI CUI ALL'AVVISO SOPRA INDICATO, SEMPRE CHE LA STESSA VENGA SVOLTA AL DI FUORI DELL'ORARIO DI SERVIZIO ORDINARIO E SENZA INCIDERE SULLE ATTIVITÀ ORDINARIE.

DATA

FIRMA E TIMBRO