

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER IL CONFERIMENTO DI N. 2 INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO A PSICOLOGI PER RIVESTIRE IL RUOLO DI CASE MANAGER ALL'INTERNO DEL PROGETTO "COUNSELING AUTISMO" PRESSO IL SERVIZIO RIABILITATIVO DELL'ETÀ EVOLUTIVA DELL'ISTITUTO C. GOLGI DI ABBIATEGRASSO.**

Al Direttore Generale  
dell'Azienda di Servizi alla Persona  
**"GOLGI-REDAELLI"**  
c/o Ufficio Protocollo  
Via B. D'Alviano, 78  
20146 MILANO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
(giorno mese anno)  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
con recapito in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(via o piazza)  
città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
recapiti telefonici \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare alla procedura comparativa per il conferimento di n. 2 incarichi libero professionali (indicare il tipo di incarico a cui si intende partecipare), per un periodo di 12 (dodici) mesi, eventualmente rinnovabili di ulteriori 12 (dodici) mesi, a

**CASE MANAGER ALL'INTERNO DEL "COUNSELING AUTISMO"**

presso il Servizio Riabilitativo dell'età evolutiva dell'Istituto Geriatrico "C. Golgi" di Abbiategrasso (Piazza E. Samek Lodovici n. 5, Abbiategrasso -MI-), come di seguito indicato:

- Incarico A** – n. 1 incarico con impegnativa oraria pari a 800 ore/anno
- Incarico B** – n. 1 incarico con impegnativa oraria pari a 550 ore/anno

A tal fine certifica, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR 28.12.2000 n. 445 (*le dichiarazioni, per essere considerate valide, dovranno essere confermate apponendo una X nei relativi quadratini e completate dei dati mancanti*) sia i dati anagrafici sopra indicati che i seguenti:

di essere in possesso della cittadinanza italiana, fatte salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea: \_\_\_\_\_

di essere in possesso della Laurea in \_\_\_\_\_  
(specificare se laurea di vecchio ordinamento, laurea specialistica, laurea magistrale e durata del corso di laurea)  
conseguita nell'anno \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

(indicare l'università che ha rilasciato il titolo)

di essere iscritto all'Albo Professionale degli \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_

di essere in possesso del decreto di equipollenza del titolo di studio/professionale conseguito all'estero

di essere in possesso del permesso di soggiorno (o altra idonea documentazione rilasciata dalle autorità competenti) per cittadini extracomunitari

di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso

di aver riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_

di avere i seguenti procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_

di essere in possesso della specializzazione in psicoterapia/certificazione/ formazione/master (indicare il titolo preferenziale eventualmente posseduto) \_\_\_\_\_

---

---

---

conseguita/o nell'anno \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_ presso

---

(indicare l'università/ scuola di specialità che ha rilasciato il titolo)

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione e di accettare tutte le indicazioni contenute nell'avviso in merito all'oggetto dell'incarico alla gestione della procedura ed agli adempimenti conseguenti.

**Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali esclusivamente ai fini dell'espletamento della procedura ed ai relativi adempimenti successivi, nel rispetto delle vigenti norme in materia (Regolamento UE n. 679/2016 e del D. Lgs. 196/2003.**

Con osservanza.

---

(luogo e data)

---

FIRMA LEGGIBILE

Allegare alla presente domanda esclusivamente:

- **fotocopia del documento di identità in corso di validità**
- **curriculum formativo professionale datato e firmato, redatto sottoforma di autocertificazione ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000**
- **decreto di equipollenza del titolo di studio/professionale conseguito all'estero**