



ASL Oristano

Azienda socio sanitaria locale n.5 di Oristano

**SERVIZIO SANITARIO
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE N.5 DI ORISTANO**

AI DIRETTORE GENERALE

DELLA ASL n.5 DI ORISTANO

protocollo@pec.asloristano.it

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALLA RACCOLTA DI MANIFESTAZIONI DI INTERESSE PER IL CONFERIMENTO INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI PER PRESTAZIONI DI SERVIZI PSICOLOGICI NELLE DIVERSE AASSLL DELLA SARDEGNA NELL'AMBITO DEL PROGETTO: "Promozione del benessere e facilitazione dell'accesso ai Servizi psicologici (art.33 comma 6-bis del D.L. 73/2021)"

Il/La sottoscritto/a, Cod. Fisc., tel., e-mail PEC, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del citato DPR:

DICHIARA

- di essere nat.... a (Prov.....) il
- di essere residente in..... cap..... via..... n°
- di essere in possesso della cittadinanza italiana, o equivalente, o in uno dei Paesi dell'Unione Europea, alle condizioni e disposizioni di cui all'art.3 del DPCM n.174/1994 e all'art.7 della L. n.97/2013;
- di essere iscritto alle liste elettorali del Comune di
- di possedere il godimento dei diritti civili e politici;
- di non avere riportato condanne penali (ovvero indicare le condanne penali riportate
- di non essere cessato/a dall'impiego presso la P.A. per aver conseguito lo stesso mediante la produzione di dichiarazioni mendaci o di documenti falsi;
- di non essere dipendente del SSR;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:..... conseguito presso l'Università degli Studi diil

- di essere iscritto all'Albo/ordine deidella Provincia di al n. dal.....;
- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della Psicoterapia a far data dal
- di svolgere la seguente attività in regime libero professionale o in convenzione (*descrivere: a) tipo di attività; b) L'Ente pubblico o privato presso il quale svolge l'attività; c) la quantificazione dell'impegno orario settimanale*

- di eleggere quale recapito cui potrà essere inviata ogni comunicazione il seguente indirizzo:.....
(cap.....) città..... Telefono E-mail.....;

Titoli di studio e competenze professionali:

- di essere in possesso della Specializzazione in..... conseguita presso di..... il.....; (se trattasi di Specializzazione non conseguita presso una sede universitaria) l'Istituto presso cui è stata acquisita la specializzazione è stata riconosciuta dal MIUR in data
- di essere in possesso dei seguenti Titoli e Corsi di perfezionamento (altre lauree, Master, ect.) - indicare la definizione dei titoli di formazione e perfezionamento, la struttura formativa erogante, il luogo, la durata, il livello di competenza acquisito, il voto/idoneità conseguiti, il riconoscimento MIUR dei titoli acquisiti):

- comprovata esperienza pluriennale maturata nei Servizi di
SI [] NO [] (se SI specificare periodi, Aziende etc.)

- adeguata conoscenza ed esperienza sull'utilizzo dei programmi ed applicazioni informatiche più diffuse;

SI [] NO [] (se SI specificare)

Titoli preferenziali:

- i corsi di formazione/perfezionamento/specializzazione e le esperienze professionali documentate in favore di **minori e adolescenti in età scolare**

SI [] NO []

(se SI indicare la definizione specifica dell'incarico o dell'attività svolta, il luogo/servizio presso cui è stata realizzata, la durata dell'incarico ed ogni altra informazione utile a chiarire i livelli di competenza applicati; la definizione dei titoli di formazione e perfezionamento, la struttura formativa erogante, la durata, il livello di competenza acquisito, il voto/idoneità conseguiti, il riconoscimento MIUR dei titoli acquisiti)

- i corsi di formazione/perfezionamento/specializzazione e le esperienze professionali documentate in favore di **pazienti oncologici e caregivers;**

SI [] NO []

(se SI indicare la definizione specifica dell'incarico o dell'attività svolta, il luogo/servizio presso cui è stata realizzata, la durata dell'incarico ed ogni altra informazione utile a chiarire i livelli di

competenza applicati; la definizione dei titoli di formazione e perfezionamento, la struttura formativa erogante, la durata, il livello di competenza acquisito, il voto/idoneità conseguiti, il riconoscimento MIUR dei titoli acquisiti)

- conoscenza metodologica (uso appropriato e rielaborazione dati) degli **strumenti di valutazione d'esito (CORE-OM³, CORE YP, e altri)**;

SI [] NO []

(se SI indicare la definizione specifica dell'incarico o dell'attività svolta, il luogo/servizio presso cui è stata realizzata, la durata dell'incarico ed ogni altra informazione utile a chiarire i livelli di competenza applicati; la definizione dei titoli di formazione e perfezionamento, la durata, il livello di competenza acquisito, il riconoscimento MIUR dei titoli acquisiti)

- competenze professionali relative al **supporto psicologico in gruppo** (terapeutico, di sostegno e GAMA):

SI [] NO []

(se SI indicare la definizione specifica dell'incarico o dell'attività svolta, il luogo/servizio presso cui è stata realizzata, la durata dell'incarico ed ogni altra informazione utile a chiarire i livelli di competenza applicati; la definizione dei titoli di formazione e perfezionamento, la durata, il livello di competenza acquisito, il riconoscimento MIUR dei titoli acquisiti)

DICHIARA, inoltre, in caso di contrattualizzazione:

- di sottoporsi agli accertamenti clinici ritenuti indispensabili dal medico competente aziendale per il rilascio del certificato di idoneità allo svolgimento dell'attività professionale in parola;
- di non trovarsi allo stato attuale e/o comunque di non trovarsi dalla data di effettiva decorrenza dell'incarico, eventualmente conferito, in alcuna situazione di conflitto di interesse, ancorché potenziale, con le ASSL della Sardegna in relazione all'attività da svolgere;
- di essere a conoscenza che dovrà munirsi di partita IVA per l'emissione della fattura elettronica relativamente all'attività professionale svolta, nonché di dover provvedere in proprio alla copertura assicurativa per infortuni e per responsabilità professionale per colpa grave;
- di poter garantire un impegno professionale rapportabile a n. ore settimanali (fino ad un massimo di 24 h/settimanali);

ALLEGA:

- curriculum vitae e professionale, datato e firmato, redatto ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000;
- copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità;
- copia fronte/retro della tessera sanitaria.

AUTORIZZA

il trattamento dei propri dati personali/sensibili, nonché la loro eventuale comunicazione a terzi, al fine di provvedere agli adempimenti derivanti da obblighi di legge per le finalità derivanti dalla presente istanza, ai sensi e per gli effetti del D:LGS. n. 196 del 30/06/2003 e ss.mm.ii.

In fede,

Data

Firma