

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

(solo per operatori economici) nella sua qualità di \_\_\_\_\_

della Società \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Codice fiscale/Partita I.V.A. \_\_\_\_\_

**In merito alla procedura comparativa per l'individuazione di idoneo Professionista con cui stipulare una convenzione relativa all'incarico di "Assistenza psicologica" attraverso l'attivazione di uno "Sportello di ascolto", per le esigenze del Comando Regionale Friuli Venezia Giulia della Guardia di Finanza di Trieste e dei Reparti dipendenti – Triennio 2017/2019 - C.I.G.: "Z411BF410D", consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni a mendaci dichiarazioni (art. 76 del DPR 445/2000),**

**DICHIARA**

- di voler partecipare alla procedura in argomento, per l'affidamento dell'incarico sopraindicato;
- di aver preso visione di tutte le condizioni indicate nel Disciplinare relativo alla procedura comparativa in parola, e nei relativi allegati e di accettarne incondizionatamente ed integralmente il contenuto;
- di essere in possesso/che il Professionista proposto è in possesso dell'idoneità fisica all'autonomo assolvimento di tutti gli incarichi derivanti dalla presente gara ;
- di essere iscritto/per gli operatori economici: che il Professionista proposto Dott. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ è iscritto all'ordine degli Psicologi della provincia di \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_, nr. iscrizione \_\_\_\_\_, in regola con il versamento dei contributi all'ENPAP - Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza per gli Psicologi;
- che (per gli operatori economici: il Professionista proposto) non è stato/a escluso/a dall'elettorato attivo, né è stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso Amministrazioni Pubbliche;
- di non trovarsi nelle condizioni che prevedono l'esclusione dalla partecipazione alle procedure di affidamento di servizi così come indicato dal disposto dell'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016 e in nessuna di quelle ulteriori indicate nel citato Disciplinare;
- che l'incarico in parola non è incompatibile – ai sensi della vigente normativa - con altre attività eventualmente svolte dallo stesso;
- ai fini della determinazione del punteggio relativo dei requisiti formativo professionali, **allega il proprio "curriculum vitae"/il "curriculum vitae" del Professionista proposto** e dichiara, inoltre:
  - di essere in possesso/che il Professionista proposto è in possesso dei seguenti "Titoli di studio":

nr.	TITOLO DI STUDIO	VOTO ESAME FINALE:
1	<b>LAUREA IN PSICOLOGIA</b> , CONSEGUITA IL _____	
2	<b>DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA</b> , CONSEGUITO IL _____	

- di essere in possesso/che il Professionista proposto è in possesso dei seguenti "ulteriori specifici diplomi e titoli di studio", riferiti alle seguenti materie:

nr.	TITOLO DI STUDIO/DIPLOMA, IN MATERIA DI:	VOTO ESAME FINALE:
1	<b>BENESSERE/DISAGIO ORGANIZZATIVO</b> , NELLO SPECIFICO: _____ CONSEGUITO IL _____	
2	<b>PSICOLOGIA CLINICA DEGLI ADULTI</b> , NELLO SPECIFICO: _____ CONSEGUITO IL _____	
3	<b>PSICODIAGNOSTICA ADULTI</b> , NELLO SPECIFICO: _____ CONSEGUITA IL _____	
4	<b>PSICOTRAUMATOLOGIA</b> , NELLO SPECIFICO: _____ CONSEGUITO IL _____	
5	<b>ULTERIORE DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA</b> , NELLO SPECIFICO: _____ CONSEGUITO IL _____	
6	<b>MASTER UNIVERSITARIO DI 2° LIVELLO</b> , NELLO SPECIFICO: _____ CONSEGUITO IL _____	
7	<b>MASTER UNIVERSITARIO DI 1° LIVELLO</b> , NELLO SPECIFICO: _____ CONSEGUITO IL _____	
8	<b>DIPLOMA DI PERFEZIONAMENTO</b> , NELLO SPECIFICO: _____ CONSEGUITO IL _____	
9	<b>ALTRI CORSI DI FORMAZIONE</b> , NELLO SPECIFICO: _____ _____, CONSEGUITO IL _____ _____, CONSEGUITO IL _____ _____, CONSEGUITO IL _____	

- Di aver svolto/che il Professionista proposto ha svolto attività di gestione di sportelli di ascolto e supporto psicologico, rivolti ad un'utenza adulta:

nr.	ATTIVITA':	DAL	AL
1	<b>Servizio presso la Pubblica Amministrazione</b> (esclusi enti militari di ogni genere)		
2	<b>servizio nel settore privato sanitario <u>accreditato</u> SSN</b> (es. ambulatori e centri clinici privati accreditati S.S.N.)		
3	<b>servizio nel settore privato sanitario <u>non accreditato</u> SSN</b>		
4	<b>servizio nel privato sociale non sanitario</b> (ONLUS, Fondazioni etc.).		
5			
6			

- Di aver svolto/che il Professionista proposto ha svolto attività di gestione di sportelli di ascolto e supporto psicologico, **presso enti militari (inclusa la Guardia di Finanza):**

nr.	ATTIVITA':	DAL	AL
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Comunica il seguente indirizzo di posta elettronica certificata su cui autorizza l'Amministrazione ad effettuare tutte le comunicazioni inerenti la gara in argomento:

E-MAIL PEC: \_\_\_\_\_

Dichiara di essere informato, ai sensi del D.Lgs. nr. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

IL CONCORRENTE:

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma per esteso e leggibile)

**N.B.:**

**Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione deve essere sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.**

La presente dichiarazione temporaneamente sostitutiva sarà sottoposta a controllo ed accertamenti d'ufficio secondo quanto previsto dal D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445.