

**Allegato 1 - Domanda di partecipazione alla selezione di esperti interni da utilizzare per la realizzazione dello sportello psicologico e dello sportello dietologico per l'anno scolastico 2023/24.**

Al dirigente scolastico dell'ISISS Cicognini-Rodari  
Via Galcianese, 20/4 – 59100 Prato  
Tel 057432041 fax 057432042  
Email: [pois00100r@pec.istruzione.it](mailto:pois00100r@pec.istruzione.it)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Telefono Cellulare \_\_\_\_\_

Casella di posta elettronica \_\_\_\_\_

Casella di posta elettronica certificata \_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso alla procedura di selezione in qualità di esperto/a esterno per la il seguente progetto (barrare con una x la tipologia di interesse)

- 1) Progetto "Benessere scolastico" sportello psicologico \_\_\_\_\_
- 2) Progetto "Benessere scolastico" sportello psicologico/sessuologico \_\_\_\_\_
- 3) Progetto "Benessere scolastico" sportello nutrizionale \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", consapevole della decadenza dei benefici di cui all'art. 75 D.P.R. 445/2000 e delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

la propria data ed il proprio luogo di nascita sono quelli riferiti in precedenza

†

di essere cittadino.... italian....

di avere il godimento dei diritti civili

di avere il godimento dei diritti politici

di essere iscritt... all'albo .....

..... di..... al n.....

†

di appartenere al seguente ordine professionale.....

di essere in possesso del seguente titolo di studio conseguito nel periodo di seguito specificato:

.....  
di essere in possesso del seguente titolo di specializzazione / della seguente abilitazione / del seguente titolo di formazione o di aggiornamento professionale:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

di aver completato il percorso quadriennale in sessuologia di 400 ore in data ..... presso una scuola riconosciuta F.I.S.S. (Federazione Italiana Sessuologia Scientifica) (indicare il nome dell'Ente)

.....

di essere iscritt... all'albo della FISS (Federazione Italiana Sessuologia Scientifica)

di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa.

di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

La presente dichiarazione è resa dal... sottoscritt... per essere prodotta in sostituzione della relativa certificazione nei casi previsti dalla legge.

....., lì.....

In fede

\_\_\_\_\_