

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GARA PER L'ISTITUZIONE DI UNO SPORTELLLO DI ASCOLTO PER ATTIVITA' DI CONSULENZA PSICOLOGICA FINALIZZATO ALLA PREVENZIONE E AL CONTRASTO DEI FENOMENI DI DISAGIO SOCIALE PER GLI ALLIEVI DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO DI VILLAFRATI E SUPPORTO GENITORIALE PER L'ANNO SCOLASTICO 2018-**

Al Responsabile del Settore Amministrativo

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ prov. ( )  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ ( ) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ nella sua qualità di  
\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ P. Iva \_\_\_\_\_ Iscrizione  
Camera di Commercio in \_\_\_\_\_ con il numero \_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ n. tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso alla procedura di selezione in qualità di esperto in psicologia.

Dichiara di svolgere l'incarico senza riserve e secondo il calendario approvato dal Comune.

Dichiara di aver preso visione del Bando e di impegnarsi a sottostare, senza condizione o riserva alcuna, a tutte le disposizioni stabilite nel bando medesimo.

A tal fine allega autocertificazione del possesso dei requisiti per la partecipazione alla gara e curriculum vitae in formato europeo.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Informativa ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 (Codice sulla Privacy). I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

acconsento

non acconsento

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_