Al Dirigente dell'Ufficio Formazione
ASL di Lecce

AUTODICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
ai sensi Art. 47, D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, n. 445

Il/La sottoscritto/a _____Cod. Fiscale _____

psicologo ( ) dipendente ( ) convenzionato

dell'ASL di Lecce presso l'U.O. _____ tel Lavoro_____;

Avvalendosi della facoltà di autocertificazioni prevista dall' art. 47 del D.P.R.. 445 del 28 Dicembre 2000, e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o produzione di atti falsi, richiamate dall'art. 76 dello stesso D.P.R.,

DICHIARA

- Di essere disponibile a espletare le funzioni di tutor in favore di studenti universitari di psicologia, di laureati in psicologia che effettuano il tirocinio ai fini dell'esame di stato, o di specializzandi psicoterapeuti;
- È iscritto all'albo, sez. A, degli psicologi della Regione …… da almeno cinque anni con il n……..;
- Ha un rapporto orario di lavoro con l'ASL di Lecce per n…… ore settimanali (minimo venti) a decorrere dal …….. distribuite in almeno 4 giorni alla settimana all'interno delle strutture della ASL;
- Non è stato oggetto di sanzioni disciplinari da parte dell'Ordine degli Psicologi;
- Non è stato oggetto di sanzioni disciplinari da parte dell'ASL o di provvedimenti dell'autorità giudiziaria che prevedano divieti di esercitare le funzioni di tutor di tirocinio;
- Si impegna inoltre a:
    - prendere visione, attraverso i siti istituzionali degli Atenei, del regolamento sui tirocini della specifica Università di provenienza del tirocinante, e a rispettarne le disposizioni con particolare attenzione al numero massimo di Tirocinanti Post Laurea che si possono seguire contemporaneamente;
    - comunicare tempestivamente all'Ufficio Formazione dell'ASL di Lecce qualsiasi variazione relativa a quanto dichiarato, consapevole che la stessa dichiarazione verrà ritenuta valida sino a eventuale espressa dichiarazione di modifica.

Il sottoscritto è informato che i propri dati trattati saranno utilizzati per i soli fini istituzionali, nel rispetto delle previsioni di cui al Regolamento (UE) — GDPR - 2016/679 del 27 aprile 2016

Luogo _____ Data _____

DICHIARANTE
(nome e cognome)
_____

Il dichiarante è stato identificato mediante:
- ( ) Conoscenza personale
- ( ) Documento di riconoscimento
……

Luogo _____ Data _____

Il Dirigente dell'Ufficio Formazione
(Dott. Paolo Moscara)