

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 _____
nato/a a _____ prov. di _____ il _____
residente nel comune di _____ indirizzo _____
psicologo () dipendente () convenzionato
dell'ASL di Lecce;

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 tre anni. con il n.....;
- Ha un rapporto orario di lavoro con l'ASL di Lecce di almeno 20 ore settimanali;
- 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:
 - o 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.
 - o a prendere visione, attraverso i siti istituzionali degli Atenei, del regolamento sui tirocini della specifica Università di provenienza del tirocinante.

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)