

ALLEGATO A

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE CON FIRMA AUTOGRAFA
ATTESTANTE IL POSSESSO DEI REQUISITI DI ACCESSO**

(ai sensi del D.P.R. 445/2000)

Il/La
sottoscritt
o/a _____ codice fiscale _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____
residente
a _____ Prov. _____ CAP _____
via _____ n. _____
telefono _____ e-
mail/PEC _____

ai sensi della procedura selettiva, per titoli e colloquio, per la stipula di n.1 contratto di prestazione professionale per lo svolgimento della seguente attività: Psicologo con esperienza di attività di counseling, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace **DICHIARA** di essere in possesso dei seguenti requisiti di accesso (di cui all'art. 4 della procedura selettiva):

- Laura Magistrale in Psicologia

- Denominazione _____
conseguito il ____/____/____ presso _____

- Iscrizione all'albo degli Psicologi

(luogo e data)

(firma del dichiarante)