

**ALLEGATO A**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE CON FIRMA AUTOGRAFA  
ATTESTANTE IL POSSESSO DEI REQUISITI PER PARTECIPARE E ALTRI TITOLI DI STUDIO E  
PROFESSIONALI**

*(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 dell'indagine di mercato, per l'individuazione di n. 1 professionista che fornisca il servizio di coordinamento scientifico per l'attività di counseling per la popolazione studentesca, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace **DICHIARA** di essere in possesso dei seguenti requisiti di partecipazione:

**- Laura Magistrale in Psicologia**

- Denominazione \_\_\_\_\_

conseguito il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**- Iscrizione all'albo degli Psicologi**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Inoltre, **DICHIARA** di essere in possesso di:

**- Altri titoli di studio e professionali**

---

---

---

---

---

*(luogo e data)*

---

*(firma del dichiarante)*

