

Il/La sottoscritto/a FOGLIO CRISTINA [REDACTED] "INCARICO LIBERO PROFESSIONALE N. 6 PSICOLOGI PER NPIA E SERVIZIO DI PSICOLOGIA"

A tal fine, consapevole che in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci decadrà dai benefici eventualmente conseguiti, fatte salve le responsabilità penali, secondo quanto previsto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del suddetto decreto

DICHIARA

Anagrafica

Cognome e nome: FOGLIO CRISTINA
Nato il: [REDACTED] 1988 a MILANO (MI)
Codice Fiscale: [REDACTED]

Documento di riconoscimento

Tipo di documento: [REDACTED]
Rilasciato il: [REDACTED]

Indirizzo di residenza

Residenza: [REDACTED]
Località: [REDACTED]

Contatti

Telefono: [REDACTED] Cellulare: [REDACTED]
Mail: [REDACTED] PEC: [REDACTED]

Requisiti generici

Cittadinanza: Italia
Comune di iscrizione nelle liste elettorali: RIVOLTA D'ADDA
Numero accessi settimanali: [REDACTED]
Collocato in quiescenza: NO
Condanne penali riportate: no
Procedimenti penali in corso: no
Posizione rispetto gli obblighi di leva: non tenuto
Destituito/dispensato/licenziato dalla P.A.: no
Necessità di ausili per l'espletamento delle prove: no
Necessità di tempi aggiuntivi per l'espletamento delle prove: no

Requisiti specifici

Esperienza professionale di almeno un anno nell'ambito della neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, e/o neuropsicologia, disabilità/fragilità (escluso tirocinio): SI
Università (completa di indirizzo) presso cui ha conseguito la laurea in psicologia: UNIVERSITA SAN RAFFAELE, VIA OLGETTINA MILANO
Data di conseguimento della laurea: 09/07/2012
Università (completa di indirizzo e data conseguimento) presso cui ha conseguito la specializzazione in psicoterapia: EIST VIA M. DE MARCHI, MILANO
Luogo ed numero di iscrizione all'Ordine Professionale: N. 03/16710 ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA LOMBARDIA
Data di iscrizione all'Ordine Professionale: 31/01/2014

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO

MASTER IN PSICODIAGNOSI DELL'ADULTO E DELL'ETA' EVOLUTIVA
conseguito presso ISTITUTO IRPSI (indirizzo: VIALE CALDARA, MILANO) nel 2013 (15/12/2013) - durata legale 1 anni - votazione conseguita
NESSUNO
CORSO DI ALTA FORMAZIONE IN DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO
conseguito presso ASSOCIAZIONE PSICOLOGI LOMBARDIA (indirizzo: MILANO) nel 2014 (15/04/2014) - durata legale 1 anni - votazione conseguita NS

ALTRE ESPERIENZE

Dal 01/06/2014 al 18/12/2019
Altro rapporto (specificare) LIBERO PROFESSIONISTA (mansione: PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA) - n. 30,0 ore/sett. presso STUDIO PRIVATO (indirizzo: VIA CANADELLO, RIVOLTA D'ADDA)
Dal 01/01/2015 al 31/12/2018
Altro rapporto (specificare) TIROCINIO DI SPECIALIZZAZIONE (mansione: PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA) - n. 10,0 ore/sett. presso ASST BERGAMO OVEST_CENTRO DI TERAPIA DELLA FAMIGLIA (indirizzo: PIAZZALE OSPEDALE, TREVIGLIO)

ATTIVITA' DIDATTICA

Dal 01/09/2017 al 15/09/2017

Materia: DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO (titolo del corso: CORSO DI FORMAZIONE PER INSEGNANTI SUI DSA) - Ente organizzatore: ISTITUTO SALESIANO DI TREVIGLIO (indirizzo: VIA ZANOVELLO, TREVIGLIO) - N. 10 ore di docenza

CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI, ...

Dal 12/05/2017 al 13/05/2017

Partecipante al corso: DSA ADOLESCENTI E ADULTI - Ente organizzatore: GIUNTI O.S. (indirizzo: FIRENZE) (16 ore) - esame finale non previsto - 0,00 crediti ECM

Manifesto il mio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati nel rispetto del GDPR 679/2016 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali) per gli adempimenti connessi alla presente procedura, nonché all'eventuale procedura di assunzione.

Sono consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445/2000, attesta che le dichiarazioni contenute nella presente domanda sono sostitutive di certificazione ai sensi dell'art.46 del D.P.R. 445/2000.

Dichiaro di accettare incondizionatamente tutte le clausole e le condizioni contenute nel bando.

LUOGO E DATA _____

FIRMA _____