

**AL RESPONSABILE DEL IVI SETTORE**  
**protocollo@pec.comune.poggiomarino.na.it**

**MODULO DI ADESIONE ALL'AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**  
**A SPORTELLO TELEFONICO GRATUITO**  
**DI ASCOLTO PSICOLOGICO**  
**PER EMERGENZA COVID-19"**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, in qualità di Legale  
Rappresentante del seguente Ente afferente al Terzo Settore (indicare la  
denominazione): \_\_\_\_\_, con  
sede legale presso il Comune di Poggiomarino (NA) in Via \_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai  
sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i., visto l'avviso pubblico e il seguente modulo  
di adesione approvati con determinazione dirigenziale n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

1. di non trovarsi in alcuna delle condizioni di esclusione di cui all'art. 80 del D. Lgs n. 50 del 2016;
2. di svolgere, come da Statuto dell'Ente rappresentato, Servizi di Ascolto Psicologico mediante personale qualificato (con Laurea in Psicologia/Psicoterapia) ed abilitato (iscritto agli specifici Albi professionali degli Psicologi/Psicoterapeuti)
3. che l'Ente rappresentato svolge Servizio di Ascolto psicologico presso il Comune di Poggiomarino (NA) con sede operativa in via \_\_\_\_\_;
4. che i numeri telefonici che vengono messi a disposizione della cittadinanza di cui al su indicato Avviso pubblico, sono i seguenti: \_\_\_\_\_;
5. che il/i nominativo/i, le generalità ed il numero di iscrizione all'Albo dei professionisti Psicologo/i – Psicoterapeutico/ci che si rendono disponibili allo svolgimento dello Sportello telefonico gratuito di Ascolto psicologico sono \_\_\_\_\_

6. che l'indirizzo di posta elettronica e/o la Pagina Facebook a cui la cittadinanza può scrivere per indicare il recapito telefonico a cui desidera essere ricontattata da uno Psicologo dell'Ente rappresentato, per accedere al servizio di ascolto telefonico psicologico gratuito, è/sono il/i seguente/i: \_\_\_\_\_;

7. di possedere tutti i requisiti soggettivi e strutturali e i criteri di qualità per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture e dei soggetti che provvedono alla gestione e all'offerta del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, ai sensi della L.R. nr. 11/2007 e s.m.i. e del Regolamento Regionale nr. 4/2014 per il Servizio in oggetto;

8. che la prestazione/servizio di ascolto sarà reso a **titolo totalmente gratuito**, senza nessun costo per l'Ente e per gli utenti che ne faranno richiesta;

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. N. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Poggiomarino, \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

- Si allega alla presente copia del documento di riconoscimento