



## ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "A. AVOGADRO"

(ENTE DOTATO DI PERSONALITA' GIURIDICA E DI AUTONOMIA AMMINISTRATIVA, ORGANIZZATIVA e DIDATTICA - R. D. 24.08.1933 N. 21933 - DP. N. 3917-P/C16 DEL 7.3.2000)

C.A.P. 10124 - TORINO - Corso S. Maurizio, 8 - Tel. 011 81.53.611 fax 011 81.53.750 Cod. Mec. TOIS05100C

E-Mail Certificata: [tois05100c@pec.istruzione.it](mailto:tois05100c@pec.istruzione.it) E-Mail ordinaria: [tois05100c@istruzione.it](mailto:tois05100c@istruzione.it)

**Prot. N. 7665  
del 9/11/2017**

### AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI DUE INCARICHI DI COLLABORAZIONE PER SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO PER STUDENTI, GENITORI, DOCENTI E PER GRUPPI DI GENITORI (AREA DSA)

L'Istituto A. Avogadro intende avvalersi della collaborazione di due professionisti esperti nel settore della prevenzione del disagio psicologico (sportello di ascolto per studenti, genitori, docenti e personale) e del sostegno a gruppi di genitori di studenti con DSA.

Tali figure dovranno:

- 1) progettare le diverse tipologie di intervento mediante incontri preliminari con il referente alla Salute;
- 2) effettuare un lavoro coordinato di équipe e con il tessuto scolastico che permetta di sviluppare un'azione di intervento complessiva e maggiormente efficace;
- 3) monitorare il progetto mediante specifiche procedure di valutazione nel corso dell'anno e attraverso incontri periodici di raccordo con il Referente e la Presidenza;
- 4) creare canali comunicativi con tutte le figure scolastiche responsabili dell'invio di casi problematici e fornire a tutti i docenti le comunicazioni necessarie utili all'invio degli studenti e dei genitori ai servizi;
- 5) essere disponibili ad effettuare progetti di prevenzione ad hoc nel corso dell'anno per casi specifici (individuali e di gruppo) in collaborazione con i Coordinatori di classe e i consigli di classe;
- 6) avere le competenze per poter creare una rete di invio e supporto per quei casi che dovranno essere inviati ai Servizi territoriali;
- 7) predisporre una relazione finale del lavoro svolto da consegnare al Referente alla Salute e alla Presidenza.

L'incarico è conferito sotto forma di collaborazione occasionale.

La durata dell'incarico è di 57 ore per ciascuno dei due professionisti che saranno responsabili del progetto Sportello di Ascolto per studenti, docenti e per i genitori. La retribuzione oraria sarà di Euro 35,00 al lordo delle ritenute di legge.

La durata complessiva del progetto seguirà il corso dell'anno scolastico, con l'avvio nel mese di Dicembre 2017 e terminerà nel mese di Maggio 2018, previa positiva valutazione dell'operato da parte del Referente alla Salute e della Presidenza.

La domanda redatta sul modello allegato A, accompagnata da apposito CV in formato europeo, dovrà pervenire entro le ore 12.00 del 18 novembre esclusivamente ad uno dei seguenti indirizzi di posta elettronica:

[tois05100c@istruzione.it](mailto:tois05100c@istruzione.it) oppure [tois05100c@pec.istruzione.it](mailto:tois05100c@pec.istruzione.it)

Il conferimento dell'incarico è regolato dal "Disciplinare per il conferimento di incarichi di collaborazione per sportello di ascolto psicologico".

Il Dirigente Scolastico  
Prof. Tommaso De Luca

**DISCIPLINARE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI COLLABORAZIONE PER SPORTELO DI ASCOLTO PSICOLOGICO E CONDUZIONE GRUPPO DI SOSTEGNO PER GENITORI DI STUDENTI DSA**

I professionisti sono scelti secondo i seguenti criteri:

- 1) possesso dei requisiti minimi di ammissione (punto A); le domande di candidati privi dei requisiti richiesti non saranno prese in considerazione;
- 2) possesso dei titoli ed esperienze lavorative valutate secondo i criteri sotto elencati (punto B).
- 3) fermo restando il possesso dei requisiti minimi e dei titoli, la scelta si baserà sull'analisi comparativa dei curricula presentati
- 4) a parità di punteggio l'incarico sarà affidato al professionista che abbia già svolto la medesima attività con parere finale positivo presso l'Istituto A. Avogadro.

<b>A. REQUISITI DI AMMISSIONE</b>
1) essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli stati membri della comunità europea; 2) godere dei diritti civili e politici; 3) non avere riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di procedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale; 4) essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali; 5) idoneità fisica all'attività; 6) essere in possesso di Laurea in psicologia vecchio ordinamento o magistrale 7) essere iscritti all'Albo professionale degli Psicologi 8) essere in possesso di titolo di Specializzazione in scuola di Psicoterapia (indirizzo individuale e di gruppo e/o sistemico/familiare) o essere in conclusione del percorso di specializzazione.

<b>B. CRITERI PER LA SELEZIONE E RELATIVI PUNTEGGI</b>		
<b>TITOLI DI STUDIO/ PROFESSIONALI E DI FORMAZIONE</b>		<b>PUNTEGGIO MAX 15</b>
Laurea magistrale in psicologia vecchio ordinamento o magistrale	Da 90 a 100 = 1 pt. Da 100 a 105 = 2 pt. Da 105 a 110 = 4 pt. 110 e lode = 5 pt.	5 pt.
Attestati di specializzazione, abilitazione, master, formazione professionale della durata minima di 600 ore	Psicoterapeuta = 4 pt. Se con lode = 5 pt.  Altri (fino ad un massimo di 5 titoli) = 1 pt.	10 pt.
<b>COMPETENZE PROFESSIONALI</b>		<b>PUNTEGGIO MAX 15</b>
Gestione di sportelli di ascolto scuola secondaria (non meno di 40 h per a.s.)	2 pt. Per a.s.	10 pt.
Conduzione gruppi di pre-adolescenti, adolescenti, adulti per attività non inferiori a 20 h	1 pt. Per ciascun progetto	5 pt.
<b>COLLOQUIO</b>		<b>PUNTEGGIO MAX 15</b>
Affinità ai principi e ai valori indicati dal POF		5 pt.
Modalità di conduzione dell'attività		5 pt.
Riflessione sulle esperienze pregresse		5 pt.

**COMUNICAZIONE DELLA GRADUATORIA**

I risultati della valutazione per la selezione del conferimento degli incarichi, con i relativi punteggi, saranno pubblicati sul sito della scuola.

**MODELLO A (Avviso Pubblico Prot. N. del )**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_  
Nat\_a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_  
Telefoni \_\_\_\_\_  
E Mail \_\_\_\_\_

Chiede di essere ammesso alla valutazione dei titoli per il conferimento dell'incarico relativo al progetto Sportello di Ascolto e conduzione gruppi per genitori di studenti DSA secondo l'avviso pubblico prot. N. del

A tal fine dichiara di:

- 1) essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli stati membri della comunità europea;
- 2) godere dei diritti civili e politici;
- 3) non avere riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di procedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- 4) essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- 5) idoneità fisica all'attività;
- 6) essere in possesso di Laurea in psicologia vecchio ordinamento o magistrale conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ nell'anno accademico \_\_\_\_\_ con votazione di \_\_\_\_\_
- 7) essere iscritti all'Albo professionale degli Psicologi della Provincia di \_\_\_\_\_ (indicare numero di matricola e data di iscrizione) \_\_\_\_\_
- 8) essere in possesso di titolo di Specializzazione in scuola di Psicoterapia (indirizzo individuale e di gruppo e sistemico/familiare) conseguita presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con votazione di \_\_\_\_\_ o essere in conclusione del percorso di specializzazione presso la Scuola \_\_\_\_\_ (specificare l'anno di scuola in corso) \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre di aver svolto le seguenti attività di specializzazione, abilitazione, master, formazione professionale della durata minima di 600 ore:

Titolo di Psicoterapeuta	Denominazione e indirizzo Istituzione formativa	Indicare eventuale lode

Denominazione altri attestati	Denominazione e indirizzo Istituzione formativa

I seguenti sportelli di ascolto, di almeno 40 ore per anno scolastico, svolte nelle seguenti Istituzioni scolastiche:

Denominazione e indirizzo Istituzione scolastica

**Le seguenti attività riferite alla conduzione di gruppi di pre-adolescenti, adolescenti e adulti per almeno 20 ore per ciascuna attività:**

<b>Denominazione e indirizzo dell'ente presso il quale si è svolta l'attività</b>

**Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni sopra esposte hanno valore di autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000.**

**Le dichiarazioni sono rese nella consapevolezza delle responsabilità previste dalla norma in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero.**

**Luogo** \_\_\_\_\_ **data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_