



## 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)

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

Prot. N. 6493 del 11/11/2016

L'Istituto A. Avogadro intende avvalersi della collaborazione di tre 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 analizzando la domanda portata dalla scuola mediante incontri preliminari con il referente alla Salute;
- 2) effettuare un lavoro coordinato di équipe e con il tessuto scolastico che permetta di integrare i due progetti e sviluppare un'azione di intervento complessiva e maggiormente efficace;
- 3) monitorare i progetti 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 46 ore per ciascuno dei due professionisti che saranno responsabili del progetto Sportello di Ascolto per studenti e docenti e di 22 ore per il professionista che si occuperà dello sportello di ascolto per i genitori. La retribuzione oraria sarà di Euro 35,00 al lordo delle ritenute di legge.

La durata dell'incarico per i due professionisti che si occuperanno del progetto genitori DSA è di 18 ore complessive, retribuite a Euro 35,00 all'ora.

La durata complessiva dei due progetti seguirà il corso dell'anno scolastico, con l'avvio nel dicembre 2016 e termine nel mese di Maggio 2017, previa positiva valutazione dell'operato da parte del Referente alla Salute e della Dirigenza scolastica.

La domanda redatta sul modello allegato A, accompagnata da apposito CV in formato europeo, dovrà pervenire entro le ore 23.59 del 21/11/2016 all'indirizzo [tois05100c@pec.istruzione.it](mailto:tois05100c@pec.istruzione.it) o mediante raccomandata all'Istituto in ... (orari...).

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 e di un colloquio conoscitivo dove saranno prese in considerazione tutte le esperienze formative e professionali attinenti alle finalità del progetto;
- 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.

### **MODALITA' E CALENDARIO DEL COLLOQUIO**

Il colloquio si svolgerà alla presenza del Dirigente Scolastico e del Referente alla salute, avrà durata di circa 30 minuti. Il calendario dei colloqui verrà comunicato mediante avviso tramite mail. La scelta del contraente ai fini dell'assegnazione dell'incarico avverrà entro i 5 giorni lavorativi successivi al termine dei colloqui.

**MODELLO A (Avviso Pubblico Prot. N. 6493 del 11/11/2016)**

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. 6493 del 11/11/2016.

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:

<b>Titolo di Psicoterapeuta</b>	<b>Denominazione e indirizzo Istituzione formativa</b>	<b>Indicare eventuale lode</b>

<b>Denominazione altri attestati</b>	<b>Denominazione e indirizzo Istituzione formativa</b>

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

<b>Denominazione e indirizzo Istituzione scolastica</b>

**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** \_\_\_\_\_