

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DI MEDICO COMPETENTE
D.Lgs. n. 81/2008**

1 sottoscritt _____
nat_ a _____ prov. ____
il _____ C.F. _____
e residente a _____ prov. ____
Via / Piazza _____ n. _____
telefono _____ e-mail _____
titolo di studio _____
conseguito presso _____
con votazione _____ e attuale occupazione _____

CHIEDE

alla S.V. di partecipare alla selezione prot. n. _____ del _____, in qualità di MEDICO COMPETENTE D.Lgs. n. 81/2008.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate all'art. 76 del citato D.P.R. n. 445- 00, dichiara:

- Il possesso della cittadinanza italiana o di uno Stato membro dell'Unione Europea;
- Il godimento dei diritti civili e politici;
- di non essere stato destituito o dispensati da pubblico impiego;
- di non essere stato dichiarato decaduto dall'impiego per aver conseguito dolosamente la nomina mediante
- la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- di non essere stato interdetto dai pubblici uffici a seguito di sentenza passata in giudicato;
- essere/non essere dipendente di altre Amministrazioni pubbliche;
- di non avere procedimenti penali a suo carico né di essere stato condannato a seguito di procedimenti penali oppure _____
- di non essere stato inibito per legge o per provvedimento disciplinare dall'esercizio della libera professione;
- di non essere in conflitto di interessi con l'Amministrazione scolastica o il non aver demeritato in precedenti incarichi;
- essere in possesso dei titoli e requisiti previsti dall'art. 38 comma 1 e comma d-bis D.L.gs n. 81 del 9 aprile 2008

Dichiara inoltre di Essere in possesso:

- Laurea in medicina e chirurgia con abilitazione all'esercizio della libera professione;
- di essere iscritto all'ordine dei Medici;
- Uno dei seguenti titoli o requisiti previsti dall'art. 38 del D. Lgs. 81/2008 e ss.mm.ii. per assumere le funzioni di "medico competente" (barrare la casella):
 - Specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica
 - Docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia e igiene del lavoro in clinica del lavoro;
 - Autorizzazione di cui all'art. 55 del D. Lgs. 277 del 15 agosto 1991;
 - Specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale alle condizioni ulteriormente specificate al comma 2 del medesimo art. 38;
 - Di essere iscritto nell'elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero della salute ai sensi dell'art. 38, comma 4 del D.Lgs. 81/2008 e ss.mm.ii;
 - Di non trovarsi nella condizione di cui all'art. 39 c. 3 del D. Lgs. 81/2008 e ss.mm.ii.
 - Di aver valutato ogni elemento del presente avviso per l'individuazione del lavoro da svolgersi.

Alla presente istanza allega:

Tabella A di valutazione dei titoli;
Tabella B Offerta Economica
Curriculum vitae in formato europeo;
ogni altro titolo utile alla selezione.

Luogo e data _____

FIRMA _____

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/676 , per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Luogo e data _____

FIRMA _____

ALLEGATO 2 – VALUTAZIONE DEI TITOLI

Al Dirigente Scolastico
I.C. Venturino Venturi
Loro Ciuffenna

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a _____ il _____ Prov. _____
Codice Fiscale/Partita Iva _____
Residente a _____ Prov. _____ Cap _____
Via _____ n. _____
Indirizzo posta elettronica _____
Tel /cell. _____

con riferimento all'attribuzione dell'incarico di Medico Competente

Dichiara le seguenti esperienze valutabili

Criteri	Punteggio massimo	Punteggio Assegnato in sede di valutazione
Specializzazione in medicina del lavoro o in medicina dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro o in igiene e medicina preventiva o in medicina legale	Punti 4 per ogni specializzazione fino a un max di punti 12	
1 _____		
2 _____		
3 _____		

Criteri	Punteggio massimo	Punteggio Assegnato in sede di valutazione
<p>Esperienza di medico Competente in Istituti Scolastici. Riportare le esperienze maturate con l'indicazione del periodo e dell'istituto scolastico.</p> <p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p> <p>6 _____</p> <p>7 _____</p> <p>8 _____</p> <p>9 _____</p> <p>10 _____</p> <p>11 _____</p> <p>12 _____</p> <p>13 _____</p> <p>14 _____</p> <p>15 _____</p> <p>16 _____</p>	<p>Punti 3 per ogni incarico fino a un max di punti 48</p>	
<p>Esperienza di Medico Competente in enti pubblici e/o privati. Riportare le esperienze maturate con l'indicazione del periodo e dell'ente pubblico e/o privato.</p> <p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p>	<p>Punti 2 per ogni incarico fino a un max di punti 10</p>	
<p>Formazione e aggiornamenti specifici del settore di medicina e igiene</p> <p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p>	<p>Punti 2 per ogni attività di formazione / aggiornamento fino a un max di punti 10</p>	
<p>Totale punteggio OFFERTA TECNICA MAX 80 PUNTI</p>		

Data _____

FIRMA

ALLEGATO 3 – OFFERTA ECONOMICA

Al Dirigente Scolastico
I.C. Venturino Venturi
Loro Ciuffenna

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a _____ il _____ Prov. _____
Codice Fiscale/Partita Iva _____
Residente a _____ Prov. _____ Cap _____
Via _____ n. _____
Indirizzo posta elettronica _____
Tel /cell. _____

con riferimento all'attribuzione dell'incarico di Medico Competente

Formula la seguente offerta economica:

<i>PRESTAZIONE</i>	<i>IMPORTO RICHIESTO</i>
Incarico annuale di medico competente, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alle riunioni periodiche e consulenze varie	€ _____ in cifre euro _____ in lettere
Prima visita medica con giudizio di idoneità (costo cadauno)	€ _____ in cifre euro _____ in lettere
Visite mediche periodiche con giudizio di idoneità (costo cadauna) da effettuare presso questo istituto	€ _____ in cifre euro _____ in lettere
Visio test per videoterminali (costo cadauno)	€ _____ in cifre euro _____ in lettere
Spirometria (costo cadauno)	€ _____ in cifre euro _____ in lettere

Data _____

FIRMA
