Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo di posta elettronica certificata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole, ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000 delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi o non più corrispondenti a verità e che, inoltre, qualora dai controlli effettuati emerga la non veridicità di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

CHIEDE

Di partecipare alla:

PROCEDURA DI SELEZIONE DEL MEDICO COMPETENTE IN MEDICINA DEL LAVORO, PER L’ESPLETAMENTO DEGLI ADEMPIMENTI RIGUARDANTI LA SORVEGLIANZA SANITARIA DEI LAVORATORI E DEI LUOGHI DI LAVORO AI SENSI DEL D.LGS 81/2008, PER IC BORGO TOSSIGNANO FINO AL 31-08-2022, PROROGABILE PER IL PERIODO DAL 01/09/2022 AL 31/08/2023

DICHIARA

* Di aver preso visione dell’avviso prot. n. (*vedi segnatura)* e dei relativi allegati;
* Di essere disponibile ad assumere, senza riserva, l’incarico di MEDICO COMPETENTE IN MEDICINA DEL LAVORO, PER L’ESPLETAMENTO DEGLI ADEMPIMENTI RIGUARDANTI LA SORVEGLIANZA SANITARIA DEI LAVORATORI E DEI LUOGHI DI LAVORO presso IC BORGO TOSSIGNANO per il periodo fino al 31-08-2022, prorogabile per il periodo dal 01/09/2022 AL 31/08/2023;
* Di essere in possesso dei titoli culturali e professionali previsti dall’art. 38 d.lgs n. 81/2008 e s.m.i.
* di essere in possesso del seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di essere iscritto all’Albo dell’Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere in possesso dei seguenti titoli o requisiti:

specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica.

Specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 o in clinica del lavoro;

Specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale;

Specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscrizione all’elenco dei Medici competenti istituito presso il Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali.

Specificare n. iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

* Di essere in possesso della cittadinanza italiana (ovvero della cittadinanza di uno dei Paesi UE o extra UE) secondo le risultanze del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ovvero di non essere iscritto o di esserne stato cancellato per le seguenti motivazioni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di godere dei diritti civili e politici
* Di non aver riportato condanne penali ovvero di avere riportato le seguenti condanne penali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di non avere procedimenti penali pendenti ovvero di avere i seguenti procedimenti penali pendenti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere in possesso dei seguenti titoli:

|  |  |
| --- | --- |
| ***TIPOLOGIA TITOLO*** | *Descrizione titolo, votazione , luogo e data conseguimento* |
| ***Laurea Triennale valida*** |  |
| *fino a 89 ……………………..* |  |
| *da 90 a 104 ..……………. …* |  |
| *da 105 in poi ……………. …* |  |
| ***Laurea specialistica ,magistrale***  ***o vecchio ordinamento valida*** | |
| *fino a 89 ……………………..* |  |
| *da 90 a 99 ……………..……* |  |
| *da 100 a 104 …………..…..* |  |
| *da 105 a 110 e lode……..…* |  |
| ***Diploma*** | |
| *fino a 75 ……………………..* |  |
| *da 76 a 90 ..……………. …* |  |
| *da 91 in poi ……………. …* |  |
| *Corso di specializzazione o master biennale inerente il profilo*  *per cui si candida (1 punto a corso)* |  |
| *Corso di perfezionamento o master annuale inerente il profilo per cui si candida (0,5 punti a*  *corso)* |  |
| *Dottorato di ricerca coerente con il profilo per cui si*  *candida(si valuta un solo dottorato)* |  |
| ***2° Macrocriterio: Titoli Culturali /***  ***professionali Specifici*** | |
| *Partecipazione a corsi di formazione attinenti alla figura*  *richiesta, in qualità di discente (0,5 Max per ciascun corso* |  |
| *Partecipazione a corsi di formazione attinenti alla figura richiesta, in qualità di docente*  *(1 per ciascun corso)* |  |
| *Pubblicazione riferita alla disciplina/attività richiesta (1 punto a pubblicazione monografica, 0,5 per ciascun*  *articolo, rivista cartacea o on line)* |  |
| *Certificazioni \ Attestati CISCO CCNA*  *(1 punto per Cert.)* |  |
| *Certificazioni Informatiche (1 punto per Certificazione)* |  |
| *Certificazioni professionali coerenti con la figura richiesta (1*  *punto per ogni corso)* |  |
| *Certificazioni inerenti la sicurezza (Lg. 81/08)*  *(1 punto a certificazione)* |  |
| *Altre certificazioni (Qualità, ambientali, etc)*  *(1 punto a certificazione)* |  |
| *Iscrizione all’Albo professionale Max* |  |

* Di proporre la seguente offerta economica:

|  |  |
| --- | --- |
| ***Descrizione*** | **Offerta economica** |
| *Compenso annuo funzione medico competente*  *Fino a euro 500+iva punti 10*  *Da euro 500+iva a euro 750+iva punti 7*  *Da euro 750+iva fino a euro 1000+iva punti 3* |  |
| *Visita medica personale docente e collaboratori scolastici*  *Fino a euro 20+iva punti 10*  *Da euro 20+iva a euro 25+iva punti 7*  *Da euro 25+iva fino a euro 30+iva punti 3*  *Oltre euro 30+iva nessun punteggio* |  |
| *Visita medica personale amministrativo*  *Fino a euro 25+iva punti 10*  *Da euro 25+iva a euro 30+iva punti 7*  *Da euro 30+iva fino a euro 35+iva punti 3*  *Oltre euro 35+iva nessun punteggio* |  |
| *Costo orario (riunioni-sopralluoghi)*  *Fino a euro 30+iva punti 10*  *Da euro 30+iva a euro 35+iva punti 7*  *Da euro 35+iva fino a euro 40+iva punti 3*  *Oltre euro 40+iva nessun punteggio* |  |

* Si allega alla presente la seguente documentazione:
  + Curriculum Vitae in formato Europeo;
  + Copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
* Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Privacy UE 2016/679 per gli adempimenti connessi alla presente procedura;

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_