

ALLEGATO 1

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI MEDICO COMPETENTE PER L'ESERCIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA AI SENSI DEL D. LGS. 81/2008.

AL
DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'Istituto Comprensivo di Cittadella

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ (prov. _____) il _____
_____ e residente in _____
via _____ cap _____ codice fiscale/Partita IVA _____
Ubicazione attività e Recapito professionale _____
Indirizzo di posta elettronica PEO _____
e/o PEC _____,

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura comparativa per l'attribuzione dell'incarico di Medico Competente in qualità di:

- Personale interno alla Pubblica Amministrazione
- Personale Esterno

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. 445/2000, _I_ sottoscritt_

DICHIARA

- di partecipare alla procedura comparativa di cui all'avviso prot. n. _____ del _____;
- di essere in possesso dei seguenti titoli culturali (riferimento tabella art. 5):
n. ____ laurea V.O. in _____ conseguita il _____ con punteggio _____
n. ____ laurea V.O. in _____ conseguita il _____ con punteggio _____
n. ____ dottorato di ricerca _____
n. ____ borsa di studio usufruita per almeno un anno _____
n. ____ borsa di studio usufruita per almeno un anno _____
n. ____ borsa di studio usufruita per almeno un anno _____
n. ____ master, specializz. conseguito presso _____
n. ____ master, specializz. conseguito presso _____
n. ____ master, specializz. conseguito presso _____
n. ____ certificazione compet. Informatiche (specificare) _____
n. ____ certificazione compet. Informatiche (specificare) _____
- di essere in possesso delle seguenti esperienze valutabili:
n. _____ esperienze di medico competente in Istituti scolastici;
n. _____ esperienze di medico competente in altri enti pubblici o privati;

• Valore offerta economica per l'incarico (oneri inclusi): € _____

• Valore offerta economica attività:

Valore offerta economica sopralluogo (quota annuale)	€ _____
Valore offerta economica Consulenza Covid-19	€ _____
Valore offerta economica tampone Covid 19	€ _____
Valore offerta economica visita medica di idoneità	€ _____
Valore offerta economica certificato per lav. fragili	€ _____
Valore offerta economica per valutazione rachide	€ _____
Valore offerta economica per screening oculistico per operatori VDT	€ _____
Valore offerta economica per gestione cartella sanitaria	€ _____

- di accettare senza alcuna riserva senza eccezione tutte le condizioni contenute nell'Avviso di selezione;
- di esprimere il proprio consenso, ai sensi dell'art 13 del D. Lgs. n.196/2003 come modificato dal D. Lgs. 101/2018, al trattamento e alla comunicazione dei dati personali conferiti per le finalità e per la durata necessaria per gli adempimenti connessi alla prestazione lavorativa richiesta.

_ I _ sottoscritt _____ allega alla presente:

- 1) il Curriculum vitae in formato europeo del medico competente, attestante i titoli culturali e professionali posseduti, nonché le esperienze maturate nel settore, con particolare riferimento a contratti analoghi stipulati con istituti scolastici e con enti pubblici e/o privati;
- 2) copia del proprio documento di identità in corso di validità, debitamente sottoscritto;
- 3) Dichiarazione sostitutiva art. 80 del D. Lgs. n. 50/2016

Data: _____

FIRMA DEL PROFESSIONISTA
