ALLEGATO 1

**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**dell’istituto Comprensivo San Giovanni Bosco**

**di Naro**

**Oggetto: Domanda di partecipazione all’Avviso pubblico prot. n. XX del XX** **per la selezione della figura professionale di Medico Competente.**

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

prov. \_il , Codice Fiscale \_\_ \_\_\_ ,

residente in \_\_\_ \_\_\_ via/piazza \_ \_\_\_\_ **,** domicilio

professionale \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cell. \_\_\_ \_\_ **,** peo

pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare alla selezione per l'attribuzione dell'incarico di Medico Competente di cui all’Avviso in oggetto.

 **A tal fine**

**DICHIARA**

**consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (Art. 76 DPR 445/2000), ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000**

* di aver preso visione dell’Avviso Pubblico relativo alla presente selezione e di essere a conoscenza di tutte le prescrizioni e condizioni ivi previste;
* di essere cittadino \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di godere dei diritti civili e politici;
* di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguita il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e di abilitazione all’esercizio professionale conseguita il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere iscritto all’Ordine dei medici e chirurghi della provincia di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere iscritto nell’elenco dei “Medici Competenti” del Ministero della Salute;
* di aver partecipato al programma triennale di educazione continua in medicina (ECM) nel triennio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (obbligo formativo di cui all’art. 38 comma 3 D.Lgs. 81/2008) e di aver conseguito i seguenti crediti (specificare):
* corso di aggiornamento (ECM) in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ crediti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* corso di aggiornamento (ECM) in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ crediti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* corso di aggiornamento (ECM) in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* crediti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di non trovarsi in alcuna situazione di inibizione per legge o per provvedimento disciplinare all’esercizio della professione;
* di non trovarsi in alcuna delle situazioni di esclusione previste dall’art. 3 del presente Avviso Pubblico;
* di non trovarsi in alcuna condizione di incapacità a contrarre con la pubblica amministrazione;
* di possedere i titoli alla data di pubblicazione del presente avviso e di aver maturato le esperienze professionali risultanti dall’allegato curriculum vitae professionale;
* di impegnarsi, in caso di aggiudicazione, a trasmettere la dichiarazione di cui alla legge n. 136/2010 sulla tracciabilità dei flussi finanziari

**Il/la sottoscritto/a, ai sensi del Regolamento europeo Privacy 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/03, autorizza l'Istituto Scolastico al trattamento dei dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito della procedura per la quale sono rilasciati e per i fini istituzionali della Pubblica Amministrazione.**

Data Firma

Allega alla presente:

* curriculum vitae in formato europeo, datato e sottoscritto;
* copia del documento di identità, in corso di validità, datato e sottoscritto;
* griglia di valutazione - Allegato 2;
* dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità - Allegato 3.
* offerta economica (espresso in cifre e lettere) - Allegato 4.

Data Firma

ALLEGATO 2

**GRIGLIA DI VALUTAZIONE**

 **Al Dirigente Scolastico**

 **dell’istituto Comprensivo San Giovanni Bosco**

**di Naro**

Il/La sottoscritto/a nato/a ( ) il

 , ai fini della partecipazione all’Avviso di selezione per reclutamento di un Medico Competente di cui all’Avviso, prot. n. XXX pubblicato da codesto Istituto Scolastico, chiede la valutazione di quanto riportato nella presente griglia di valutazione (nella quale è necessario specificare il riferimento alla pagina del C.V. in cui il titolo o l’esperienza professionale è descritta):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CRITERI** | **Punteggio****massimo** | **Da compilare a cura del candidato** | **Da compilare a cura della Commissione** |
| **1.**Conseguimento del Dottorato di ricerca e Pubblicazioni scientifiche in tema di Medicina del Lavoro *(specificare)**(8 punti per Dottorato di ricerca, 2 punti per ogni pubblicazione)* | Max 10 punti |  |  |
| **2.**Ulteriore Formazione Universitaria non specifica: Diploma Universitario di specializzazione, Corsi di perfezionamento *(specificare)**(6 punti per ogni diploma di specializzazione, 2 punti per ogni corso di perfezionamento)*  | Max 10 punti |  |  |
| **3.**Esperienza di Medico competente in istituti scolastici*(specificare) –* *Istituto A.S.**Istituto A.S.* *Istituto A.S.* *Istituto A.S.* *Istituto A.S.**Istituto A.S.**Istituto A.S.**Istituto A.S.**(punti 3 per incarico almeno annuale effettuato in tale funzione)* | Max 24 punti |  |  |
| **4.**Esperienza di Medico competente presso altre Pubbliche Amministrazioni *(specificare)* *Ente anno**Ente anno**Ente anno**Ente anno**(punti 1 per incarico almeno annuale effettuato in tale funzione)* | Max 4 punti |  |  |
| **5.**Attività di formatore in materia di primo soccorso D.M. 388/03 *(specificare)**(2 punti per corso di almeno 2 ore)* | Max 12 punti |  |  |
| **6.**Viciniorietà: vicinanza del domicilio professionale al luogo di effettuazione dell’attività di Medico Competente (per garantire interventi urgenti e di immediatezza) *(specificare)**Comune domicilio professionale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(Stesso comune 10 punti - Stessa provincia 5 punti –* *Stessa regione 2 punti - Altra regione 0 punti)* | Max 10 punti |  |  |
| **7.**Compenso: il punteggio sarà assegnato secondo la seguente formula:(Cmin/Cx) x 30 dove:Cmin = Compenso più basso Cx = Compenso da valutareOve il costo Cx è determinato dalla sommatoria delle cifre offerte per le voci di costo da 1) a 6), (indicate nel paragrafo *“Corrispettivo previsto per le prestazioni”),* moltiplicate per i seguenti coefficienti: 24 – 18 –18 – 6 – 1 – 2 | Max 30 punti | **A cura della Commissione** |  |
| **NOTE:****1) nella valutazione di cui ai punti 3 e 4 le frazioni di anno saranno considerate equivalenti ad un anno, se superiori a sei mesi, non verranno considerate, se inferiori o pari a 6 mesi.** **2) nella valutazione di cui al punto 7 si terrà conto del compenso annuale** |  |

Data

Firma

ALLEGATO 3

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITÀ' DI CUI ALL'ART.20 DEL D.LGS. 39/2013

 **Al Dirigente Scolastico**

 **dell’istituto Comprensivo San Giovanni Bosco**

**di Naro**

Il/la sottoscritto/a nato/a a

prov. il , Cod.Fisc , residente in

 \_\_\_via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **,** in relazione all’incarico di

Medico Competente di cui all’Avviso prot. n. XX pubblicato da codesto Istituto Scolastico, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

L'insussistenza nei propri confronti delle cause di incompatibilità e inconferibilità, a svolgere l'incarico indicato, previste dal D.lgs. 39/2013 recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e gli enti privati di controllo pubblico, a norma dell'art. 1, c.49 e 50 della L.190/2012”.

Data

Si allega documento di identità in corso di validità.

Firma

ALLEGATO 4

OFFERTA ECONOMICA

**Al Dirigente Scolastico**

**dell’istituto Comprensivo San Giovanni Bosco**

**di Naro**

Il/la sottoscritto/a nato/a a

prov. il , Cod.Fisc , residente in

 via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , in relazione all’incarico di

Medico Competente di cui all’Avviso prot. n. XX pubblicato da codesto Istituto Scolastico, comunica il costo per le prestazioni richieste come di seguito riportate:

1. Visita medica **€**
2. Esami della funzionalità respiratoria **€**
3. Esami di laboratorio (comprensivo di prelievo con emocromo completo, Got, Gpt, gamma-GT, azotemia, glicemia, creatinine mia, bilirubina, es. urine) **€**
4. Visita oculistica **€**
5. Programmazione del controllo dell’esposizione dei lavoratori, visite degli ambienti di lavoro (sopralluoghi), giudizi di idoneità specifica al lavoro, istituzione ed aggiornamento delle cartelle sanitarie e di rischio, attività di informazione dei lavoratori, relazione sulla periodicità degli accertamenti sanitari, adempimenti agli obblighi previsti dagli artt. 25 e 41 del D.L. 81/2008. ***(inserire l’importo annuale)*** **€**
6. Attività di formazione di primo soccorso D.M. 388/03

***(inserire l’importo orario***) **€**

Data

Si allega documento di identità in corso di validità.

Firma