**ALLEGATO 1**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Istituto comprensivo G. MAZZINI**

**DOMANDA PARTECIPAZIONE SELEZIONE MEDICO COMPETENTE**

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

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Status professionale:

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 Dipendente IC. Mazzini | 🞎 Dipendente altra Ist. Scolastica *(specif.)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 🞎 Dipendente altra Pubblica Amm. *(specif.)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎 Soggetto esterno alle PP.AA. |

Indirizzo e-mail al quale inviare le comunicazioni relative alla presente selezione:

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

**CHIEDE**

di poter partecipare alla selezione per figura specialistica nell’ambito del progetto di qualificazione dell’offerta formativa, presso la sede di codesto Istituto, in quanto in possesso dei requisiti indicati dal bando.

A tal fine, consapevole della responsabilità penale e della decadenza da eventuali benefici acquisiti nel caso di dichiarazioni mendaci, dichiara, sotto la propria responsabilità quanto segue:

* di essere in possesso di titolo di studio e requisiti previsti dall’art. 38 del D.Lgs. n.81/2008, comprovati dall’iscrizione nell’elenco nazionale dei Medici Competenti istituito presso il Ministero della Salute;
* di aver cittadinanza italiana o di uno Stato membro dell’Unione Europea;
* di godire dei diritti civili e politici;
* di non essere stato destituito o dispensato dall’impiego presso una Pubblica Amministrazione;
* 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;
* di non aver riportato condanne penali ed il non avere procedimenti penali pendenti;
* di non essere stato inibito per Legge o per provvedimento disciplinare all’esercizio della libera professione;
* di non essere in conflitto di interessi con l’Amministrazione Scolastica o il non aver demeritato in precedenti incarichi;
* di prestare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 e ss.mm.ii., per gli adempimenti della presente procedura;
* di aver preso visione dell’Avviso di selezione e di approvarne senza riserva ogni contenuto.

Si allega alla presente:

* Curriculum vitae in formato europeo (mettere in evidenza i titoli valutabili);
* modello dichiarazione ai fini della valutazione;
* autocertificazione titoli, requisiti e servizi;
* Copia documento di identità
* formale autorizzazione dell’Amministrazione di appartenenza (se dipendente pubblico)

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allegato 2**

**MODELLO DICHIARAZIONE AI FINI DELLA VALUTAZIONE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VALUTAZIONE CANDIDATURA** | **DATI PER LA VALUTAZIONE** | **PUNTEGGIO ATTRIBUITO** |
| 1. Compenso richiesto per prestazione Area Generale   Fino a € 200,00 punti 20  Da € 200,01 a € 300,00 punti 15  Da €300,01 a € 400,00 punti 10  Da €400,01 a € 450,00 punti 5  Da €450,01 a € 500,00 punti 1 | Compenso richiesto euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 1. Compenso richiesto per prestazione Area Specifica – visite mediche   Fino a € 20,00 punti 8  Da € 20,01 a € 30,00 punti 6  Da € 30,01 a € 40,00 punti 3 | Compenso richiesto euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 1. Compenso richiesto per prestazione Area Specifica – questionari   Fino € 2,00 punti 2  Da € 2,01 a € 3,00 punti 1 | Compenso richiesto euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 1. Esperienze pregresse e concluse di medico competente in istituti scolastici negli ultimi 5 anni   punti 5 per ogni incarico - max 45 | Numero di incarichi  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 1. Esperienze pregresse e concluse di medico competente in altri enti pubblici e/o istituti private negli ultimi 5 anni   punti 2,5 per ogni incarico - max 25 punti | Numero di incarichi  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATO 3**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Art. 46 T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

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

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_)

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_) in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

## D I C H I A R A

**di essere in possesso del/i seguente/i titolo/i di studio**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**di essere in possesso della seguente specializzazione**:

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

conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**di essere iscritto nell’Elenco Nazionale dei Medici Competenti** al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**Di aver avuto effettuato e concluso le seguenti esperienze professionali di Medico Competente negli ultimi 5 anni:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Amministrazione Pubblica/Privato conferente** | **Svolto dal / al** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_