Allegato 1

Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo 20

di Bologna

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

alla selezione di medico competente per il servizio di sorveglianza sanitaria ai sensi del D.lgs n. 81/2008, così come modificato ed integrato dal D. lgs n. 106/2009.

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

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

in possesso dei requisiti previsti dall’Avviso Pubblico Prot. n. 9190 del 25.10.2022

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alla procedura di selezione pubblica per il conferimento di un incarico di prestazione d’opera in qualità di Medico Competente per il servizio di sorveglianza sanitaria all’interno dell’Istituto Comprensivo 20 di Bologna, prevista dal D.lgs 81/2008, così come modificato dal D.lgs n. 106/2009.

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

Firma

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

Allegato: **Documento di identità**

**Curriculum in formato europeo**

Allegato 2

Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo 20

di Bologna

**Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000**

Il/la sottoscritto/a

nato/a il

residente in via cap

con domicilio in

in possesso del seguente titolo di studio Ubicazione attività e Recapito professionale Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC)

Indirizzo di posta elettronica ordinaria (PEO)

Codice Fiscale e Partita IVA , Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consapevole, ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 D.P.R. 445/2000, della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e consapevole altresì che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione lo scrivente decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata,

DICHIARA

* di partecipare alla selezione per il conferimento del servizio di MEDICO COMPETENTE per l’esercizio della sorveglianza sanitaria dell’Istituto Comprensivo 20 per il periodo di anni 1 (uno) a decorrere dalla data di stipula del contratto,
* di essere in possesso del seguente titolo di studio:

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

e delle seguenti specializzazioni:

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

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

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

□ di essere iscritto all’Albo dell’Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ di esercitare la professione di Docente in Medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica, tossicologia e igiene industriale come anche in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro (indicare materia) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ di essere iscritto all’elenco dei Medici competenti istituito presso il Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali con numero di iscrizione

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

□di possedere apposita autorizzazione all’accettazione dell’impiego (barrare solo se interessa);

□di aver acquisito un numero minimo di crediti formativi previsti dai programmi di aggiornamento triennale

□di Non essere stato destituito o dispensato dall’impiego presso una Pubblica Amministrazione;

□ di Non essere stato interdetto dai Pubblici Uffici a seguito di sentenza passata in giudicato;

□ di Non essere stato inibito per Legge o per provvedimento disciplinare all’esercizio della libera professione;

□ di rilasciare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 679/2016);

□ di essere in regola con gli adempimenti per la fatturazione elettronica (solo per i lavoratori autonomi/liberi professionisti con Partita IVA);

□ di astenersi nel modo più ampio dal richiedere indennizzi, rimborsi o compensi di sorta in merito ai costi sostenuti per la produzione della documentazione richiesta nella presente procedura di gara;

□ di accettare senza alcuna riserva tutte le clausole dell’Avviso pubblico di selezione in oggetto;

Tutti i titoli dovranno essere posseduti al momento della presentazione della candidatura. Tutti i titoli devono essere autocertificati ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 445/2000.

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

Timbro e Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegato 3

Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo 20

di Bologna

OFFERTA TECNICA (Esperienze)

|  |  |
| --- | --- |
| Esperienze di medico competente in istituti scolastici |  |
|  |  |
|  |  |
| 1) | punti 5 per ogni incarico |
| 2) | fino a un max di punti 20 |
| 3) |  |
| 4) |  |
| Esperienze di medico competente in enti pubblici |  |
|  |  |
|  |  |
| 1) | punti 5 per ogni incarico  fino a un max di punti 20 |
| 2) |  |
| 3) |  |
| 4) |  |
| **TOTALE PUNTEGGIO Offerta Tecnica MAX 40 punti** | |

OFFERTA ECONOMICA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PRESTAZIONE IMPORTO | IMPORTO RICHIESTO | PUNTEGGIO |
| Incarico annuale medico competente comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica, sopralluoghi e consulenze varie | € | (max 45 punti) |
| Visite mediche periodiche con giudizio di idoneità (costo cadauno) | € | (max 15 punti) |
| **TOTALE PUNTEGGIO Offerta Economica MAX 60 punti** | | |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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