

## ISTANZA DI PARTECIPAZIONE (per persone fisiche)

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
 Del IV Circolo Didattico Beltrani  
 Trani

**Oggetto: Domanda di partecipazione all'Avviso pubblico prot. n. 6106 del 21/12/2022 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. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, email \_\_\_\_\_  
 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;

**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 \_\_\_\_\_

## GRIGLIA DI VALUTAZIONE

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
Del IV Circolo Didattico Beltrani  
Trani

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. 6106 del 21/12/2022 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
<p><b>1.</b>Conseguimento del Dottorato di ricerca e Pubblicazioni scientifiche in tema di Medicina del Lavoro (<i>specificare</i>)</p> <p>(8 punti per Dottorato di ricerca, 2 punti per ogni pubblicazione)</p>	Max 10 punti		
<p><b>2.</b>Ulteriore Formazione Universitaria non specifica: Diploma Universitario di specializzazione, Corsi di perfezionamento (<i>specificare</i>)</p> <p>(6 punti per ogni diploma di specializzazione, 2 punti per ogni corso di perfezionamento)</p>	Max 10 punti		
<p><b>3.</b>Esperienza di Medico competente in istituti scolastici (<i>specificare</i>) –</p> <p>Istituto _____ A.S.</p> <p>Istituto _____ A.S._</p> <p>Istituto _____ A.S._</p> <p>Istituto _____ A.S._</p> <p>Istituto _____ A.S.</p> <p>Istituto _____ A.S.</p> <p>Istituto _____ A.S.</p> <p>Istituto _____ A.S.</p> <p>(punti 2 per incarico almeno annuale effettuato in tale funzione)</p>	Max 16 punti		

<p><b>4. Esperienza di Medico competente presso altre Pubbliche Amministrazioni (specificare)</b></p> <p><i>Ente anno</i></p> <p><i>Ente anno</i></p> <p><i>Ente anno</i></p> <p><i>Ente anno</i></p> <p><i>(punti 1 per incarico almeno annuale effettuato in tale funzione)</i></p>	Max 4 punti		
<p><b>5. Attività di formatore in materia di primo soccorso D.M. 388/03 (specificare)</b></p> <p><i>(2 punti per corso di almeno 2 ore)</i></p>	Max 10 punti		
<p><b>6. Viciniorietà: vicinanza del domicilio professionale al luogo di effettuazione dell'attività di Medico Competente (per garantire interventi urgenti e di immediatezza) (specificare)</b></p> <p><i>Comune domicilio professionale: _____</i></p> <p><i>(Stesso comune 10 punti - Stessa provincia 5 punti – Stessa regione 2 punti - Altra regione 0 punti)</i></p>	Max 10 punti		
<p><b>7. Compenso:</b> il punteggio sarà assegnato secondo la seguente formula: (Cmin/Cx) x 40 dove:</p> <p>Cmin = Compenso più basso      Cx = Compenso da valutare</p> <p>Ove 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</p>	Max 40 punti	<b>A cura della Commissione</b>	
<p><b>NOTE:</b></p> <p><b>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.</b></p> <p><b>2) nella valutazione di cui al punto 7 si terrà conto del compenso annuale e non triennale</b></p>			

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
Del IV Circolo Didattico Beltrani  
Trani

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. 6106 del 21/12/2022 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 \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si allega documento di identità in corso di validità.

## OFFERTA ECONOMICA

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
Del IV Circolo Didattico Beltrani  
Trani

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. 6106 del 21/12/2022 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. <b>(inserire l'importo annuale)</b> | € _____ |
| 6. Attività di formazione di primo soccorso D.M. 388/03 <b>(inserire l'importo orario)</b>   | € _____ |

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si allega documento di identità in corso di validità.