**ALLEGATO A**

**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE (per persone fisiche)**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

dell’I.C. “ Francesco Vivona “

di Calatafimi Segesta TP

**Oggetto: Domanda di partecipazione all’Avviso pubblico 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: Allegato A

* curriculum vitae in formato europeo, datato e sottoscritto;
* copia del documento di identità, in corso di validità, datato e sottoscritto;
* griglia di valutazione - Allegato B
* dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità – Allegato C.
* offerta economica (espresso in cifre e lettere) – Allegato D
* autorizzazione se dipendente pubblico, da parte dell’Amministrazione di appartenenza.

Data Firma

ALLEGATO B

**GRIGLIA DI VALUTAZIONE**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

dell’I.C. “ Francesco Vivona “

di Calatafimi Segesta TP

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, 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** |
| a.Corsi di specializzazione ed aggiornamenti relativi alla medicina del lavoro o alle altre materie indicate dall’art.38, comma 1, del D. Lgs. 81/2008, e s.m.i con valutazione o esame finale: **punti 1 per ogni corso fino ad un massimo di 10 punti** | Max 10 punti |  |  |
| b.Attività di docenza in corsi di formazione per lavoratori attinenti alla medicina del lavoro o alle altre materie indicate dall’art. 38, comma 1, del D. Lgs. 81/2008, con esclusione di quelli relativi all’art. 25, comma 1, lett. a) del D. Lgs. 81/2008 (attività formative per conto del datore di lavoro**)** **punti 1 per ogni docenza fino ad un massimo di 10 punti***)*  | 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)****Massimo 30 punti*** | Max 30punti |  |  |
| **4.**Esperienza di Medico competente presso altre Pubbliche Amministrazioni *(specificare)* *Ente anno**Ente anno**Ente anno**Ente anno****Massimo 10 punti****(punti 2 per incarico almeno annuale effettuato in tale funzione)* | Max 10 punti |  |  |
| **7.**Compenso: il punteggio sarà assegnato secondo la seguente formula:Il punteggio sarà assegnato secondo la seguente formula:offerta più bassa x 40 : offerta**Massimo 40 punti** | Max 40 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.**  |  |

Data

Firma

ALLEGATO C

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

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

dell’I.C. “ Francesco Vivona “

di Calatafimi Segesta TP

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. 5518/U del 13/05/2022 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

Si allega documento di identità in corso di validità.

Firma

ALLEGATO D

OFFERTA ECONOMICA

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

dell’I.C. “ Francesco Vivona “

di Calatafimi Segesta TP

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 pubblicato da codesto Istituto Scolastico, comunica il costo del compenso come di seguito riportato:

1. Compenso forfettario omnicomprensivo annuo **€**

Data

Si allega documento di identità in corso di validità.

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