DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

AL Dirigente Scolastico

del Liceo Artistico e Coreutico Ciardo Pellegrino di Lecce

Oggetto: **Istanza di partecipazione alla selezione di Medico competente**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email personale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qualifica professionale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presenta la propria candidatura per l’incarico di

MEDICO COMPETENTE

Dichiara di possedere uno dei seguenti REQUISTI DI AMMISSIBILITA’:

**□**specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica;

**□**docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro;

**□**autorizzazione di cui all'articolo 55 del decreto legislativo 15 agosto 1991, n. 277;

**□**specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale.

Ai fini della valutazione della propria candidatura il/la sottoscritto/a dichiara il possesso delle competenze e dei titoli nel settore di intervento e compila sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR n. 445/2000 in caso di false dichiarazioni, la sotto riportata griglia di valutazione.

Allega

a) Curriculum vitae in formato europeo datato e firmato

b) copia del documento di identità

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità e di incompatibilità previste dal decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39.

Il/La sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiarazione ricezione informativa ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679

La informiamo che:

➢ Il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;

➢ Il conferimento dei dati è obbligatorio per dar conto alla procedura di Suo interesse.

* Il titolare del trattamento dati è il Dirigente Scolastico prof.ssa Tiziana Paola Rucco

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679 e autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti della normativa vigente.

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TITOLI DI STUDIO E CULTURALI ESPERIENZE PROFESSIONALI DOCUMENTATE TABELLA DI VALUTAZIONE TITOLI

CANDIDATO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REQUISITI** | **PUNTEGGIO** | **Compilare a cura del candidato** |
| 1. Laurea in medicina con specializzazione in igiene del lavoro o in clinica del lavoro o in igiene e medicina preventiva o in medicina legale
 | 1 |  |
| 1. Docenza o Libera docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro o in igiene e medicina preventiva o in medicina legale
 | 1 |  |
| 3) Autorizzazione all’esercizio dell’attività di medico competente ai sensi dell'articolo55 del decreto legislativo n. 277 del 15 agosto 1991 | 0,5 |  |
| 4) Altre esperienze lavorative nel settore di pertinenza della tipologia di intervento | 2 |  |
| 5) Precedenti esperienze lavorative nell’Istituto valutate positivamente | Max. 5 |  |
| 6) Offerta economica che preveda una netta distinzione tra:* parcella annuale del medico
* costo delle visite mediche e delle analisi
* valutazione del rischio stress lavoro - correlato

(compenso max € 1500,00) | Max 3 |  |

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_