ALLEGATO A

Al Dirigente Scolastico

I.I.S. “S.A. De Castro”

**OGGETTO**: *Domanda di partecipazione all’Avviso pubblico unico per l’individuazione del Medico Competente di Istituto (servizio di sorveglianza sanitaria ai sensi del D.Lgs. 81/2008 – triennio 2022/2025*

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

Nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/P.zza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono Cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Casella di posta elettronica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Casella di posta elettronica certificata\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso alla procedura di selezione in oggetto.

Ai sensi dell’art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 “Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa”, consapevole della decadenza dei benefici di cui all’art. 75 D.P.R. 445/2000 e delle conseguenze penali previste dall’art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

* che la propria data ed il proprio luogo di nascita sono quelli riferiti in precedenza;
* Di aver conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia in data........ Presso l’Università................................, con votazione.............
* Di aver conseguito la Specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori o psicotecnica;
* Di essere iscritto all’ Ordine dei Medici ed essere Abilitato all’ esercizio delle professione medica;
* Di aver prestato le seguenti attività di docenza, collaborazioni e corsi di formazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori presso enti pubblici:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................................

* Di aver prestato l’incarico di medico competente presso altro Istituto Scolastico: …………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….

* Di aver prestato incarichi di collaborazione e consulenza in materia di medicina del lavoro presso enti privati: …………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….

* Di possedere la Cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell’Unione Europea;
* Di godere di diritti civili e politici;
* Di non aver riportato condanne penali e non siano destinatari di provvedimenti che riguardino l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel Casellario Giudiziale;
* Di non essere sottoposti a procedimenti penali ed, in particolare, di non aver riportato condanne penali per i reati di cui agli artt.600 bis, 600 ter, 600 quater, 600 quinquies e 609 undecies del Codice penale;
* Di non essere sottoposto a sanzioni interdittive all’esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;
* Di non essere stati destituiti da pubbliche Amministrazioni;
* Di non trovarsi in alcuna posizione di incompatibilità con pubblico impiego;
* Di possedere idonea copertura assicurativa contro i rischi della responsabilità civile per negligenza o errori professionali ;
* Di essere in regola con gli obblighi di legge in materia fiscale;
* Di prestare consenso al trattamento dei dati personali (D.Lgs. 196/2003, così come modificato dal decreto legislativo 10 Agosto 2018, n.101 e ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679);
* Che l’indirizzo di posta elettronica al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente avviso è il seguente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* Dichiara altresì di accettare le condizioni indicate nell’avviso pubblicato all’albo dell’Istituto I.I.S. “S.A. De Castro
* Dichiara infine, in relazione alla tabella di valutazione titoli di cui all’avviso, di conseguire il seguente punteggio:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Titolo di accesso (si valuta il titolo superiore)** | **PUNTI** | **PUNTI DICHIARATI DAL CANDIDATO** |
| Laurea in Medicina e chirurgia | 5 |  |
| Iscrizione Ordine dei Medici e Abilitazione esercizio professione medica; | 7 |  |
| **Master e/o Corsi di specializzazione inerenti l’incarico**  | **PUNTI** |  |
| Specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori o psicotecnica; | 8 |  |
| **Precedenti esperienze**  | **PUNTI** |  |
| Docenza, collaborazioni e corsi di formazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori presso enti pubblici (punti 2 per ogni corso) | Max 20 |  |
| Punti 2 per ogni incarico documentato presso le istituzioni scolastiche con riferimento all’incarico di medico competente di istituto | Max 20 |  |
| Punti 2 per ogni incarico documentato di collaborazione o consulenza presso enti privati | Max 20 |  |
| **Pubblicazioni e convegni** | **PUNTI** |  |
| Punti 4 per ogni pubblicazione scientifica in materia di medicina del lavoro | Max 20 |  |
| **TOTALE** | **100** |  |

La presente dichiarazione è resa dal… sottoscritt… per essere prodotta in sostituzione della relativa certificazione nei casi previsti dalla legge.

………………………………,lì…………………………

Firma

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

ALLEGO ALLA PRESENTE DOMANDA:

* ALLEGATO B: AUTORIZZAZIONE PRIVACY
* ALLEGATO C: Dichiarazione altri incarichi (Modulo allegato)
* FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA’
* CURRICULUM VITAE in formato europeo privo di dati sensibili;

ALLEGATO B

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI

Il/La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,acquisite le informazioni relative all’informativa sulla privacy ex art. 13 del D.Lgs. n. 196/03 come modificato dal D.Lgs. 101/18 e art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679, per il trattamento dei dati personali, fornita dal titolare del trattamento:

* Presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell’informativa;
* Presta il suo consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell’informativa.

Il/La sottoscritt\_ è consapevole che il mancato consenso al trattamento ed all’eventuale comunicazione dei dati di cui sopra comporterà l’impossibilità della valutazione della presente istanza e dei documenti allegati.

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

Firma

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