Alla Dirigente scolastica del

 Liceo Classico “Umberto I^ “

 E-Mail:papc09000q@istruzione.it

Oggetto: Candidatura per l’incarico di Medico competente in riferimento all’avviso prot.219 del 09.01.2024.

\_L\_ Sottoscritt\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_ Tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 CHIEDE

Di essere ammesso alla selezione per l’incarico di Medico competente come indicato in oggetto.

A tal fina dichiara quanto segue :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A-1: Laurea in medicina** | **MAX. PUNTI : 1** * Conseguito con voto dal minimosino a  89: **0,50**
* Conseguito con voto da 90 a 110: **0,75**
* Conseguita con lode: **1**
 |  **Punteggio**  | **Valutazione commissione** |
| **A-2: Titoli specialistici:**  | **MAX. PUNTI**: **2**  |  |  |
| **Specializzazione quadriennale in medicina del lavoro** **Master post lauream**  | PUNTI: **1**PUNTI: **0,50** per ciascun titolosino al massimo di punti 1 |  |  |
| **B-1: Servizio analogo come medico compente** presso scuole secondarie superioristatali o paritarie **B.2** **Servizio analogo come medico compente** presso scuole primarie e secondarie di primo gradostatali o paritarie**B3**:Servizio come medico competente presso altre pubbliche amministrazioni  | PUNTI: **1** per ogni contratto di durata annuale fino a un max. di **3** PUNTI: **0.50** per ogni contratto di durata annuale fino a un max. di **1.50****Punti:0,50 per ogni anno solare fino a un max .di 3** |  |  |
| **C1 : Esperienza di gestione e progettazione di percorsi formativi attinenti all’incarico** | **PUNTI: 1 per ogni esperienza di gestione e/o progettazione: fino a un max. di punti 2** |  |  |

Si allegano alla presente C.V. in formato europeo, Modello di domanda, Modello dichiarazione, Modello dichiarazione di consenso al trattamento dei dati.

Ai sensi del D.Lgs.196 del 30/06/2003 il/la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_autorizza il Liceo Classico “Umberto I” al trattamento dei dati ai fini istituzionali e necessari alla gestione giuridica del presente avviso.

 FIRMA

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