

Medico – Casa Circondariale di Treviso – Avviso di selezione

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Direzione Casa Circondariale di Treviso

Avviso del 14 dicembre 2023

“Stipula Convenzione per l’incarico di Medico Competente ai sensi del D. lgs. n. 81/2008”

Il Direttore

Considerata la necessità di ottemperare a quanto contenuto nel D. Lgs. 81/2008 in tema di sorveglianza sanitaria sui luoghi di lavoro;

Considerata la necessità di redigere una graduatoria utile per la nomina del medico competente di questo Istituto per l’anno 2024;

Considerato che questa Direzione deve procedere all’individuazione del professionista cui affidare l’incarico di medico competente;

partecipa

ai Sigg. Medici, in possesso dei requisiti previsti dal D. Lgs. 81/2008, il presente avviso deputato alla sottoscrizione di una convenzione con la Casa Circondariale di Treviso per l’incarico di medico competente per l’anno 2024 come da schema di accordo individuale che si allega.

I professionisti interessati potranno avanzare la propria candidatura a mezzo posta elettronica certificata all’indirizzo cc.treviso@giustiziacert.it entro e non oltre il 31 dicembre 2023 utilizzando la modulistica allegata, alla quale dovrà essere acclusa la documentazione comprovante quanto dichiarato, ovvero produrre autocertificazione per la stessa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000.

Il presente avviso sia trasmesso agli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Treviso ai quali sarà chiesto di pubblicare lo stesso sul sito web al fine di dare la massima diffusione tra i professionisti ivi iscritti.

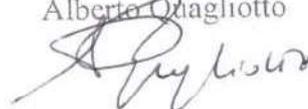
Copia inoltrata al Ministero della Giustizia per la pubblicazione sulla pagina web istituzionale.

Responsabile del procedimento: dott. Alberto Quagliotto

Referente per la Segreteria: Provedel Claudio
Recapito telefonico centralino: 0422 431167

Treviso, li 14 dicembre 2023

Il Direttore
Alberto Quagliotto



SCHEMA DI VALUTAZIONE

Parte riservata all'Ufficio

COGNOME _____ NOME _____
Residente in _____ via _____
Domanda spedita il _____ protocollo n. _____

Parte da compilare a cura del candidato	Parte riservata all'Ufficio
a) Diploma di Laurea conseguito con votazione: <ul style="list-style-type: none"> ○ 110/110 e lode (punti 0,30) ○ Superiore a 105 (punti 0,20) ○ Superiore a 100 (punti 0,10) 	= p _____ = p _____ = p _____
b) Abilitazione all'esercizio professionale conseguita con voto: <ul style="list-style-type: none"> ○ Superiore a 28 (punti 0,10) 	= p _____
c) Specializzazione o libera docenza nella branca principale o equipollente per la quale si concorre: (punti 3,00) Specializzazione in _____ <ul style="list-style-type: none"> ○ Se conseguita con voto 70/70, per una sola volta vi è una maggiorazione di (punti 0,80) ○ Per ogni ulteriore specializzazione o libera docenza nella branca principale o equipollente: (punti 1,00) Specializzazione in _____ Specializzazione in _____ 	= p _____ = p _____ Totale n. ___ x 1,00 = p _____
d) Specializzazione o libera docenza in branche affini a quella per la quale si concorre: (punti 1,20) Specializzazione in _____ Per ogni altra specializzazione o libera docenza in branca affine: (punti 0,40) Specializzazione in _____	= p _____ = p _____
e) Corsi di aggiornamento e perfezionamento professionali in materie proprie dell'area specialistica: (punti 0,10)	= p _____

TITOLI DI SERVIZIO

Parte da compilare a cura del candidato	Parte riservata all'Ufficio
1) Attività specialistica prestata nella branca principale presso gli Istituti Penitenziari e/o U.E.P.E. per ciascun anno: _____ (punti 2,00)	=aa _____ m _____ x 2,00 =p _____
2) Attività specialistica prestata nella branca principale presso enti pubblici (ospedali, università, ASL) per ciascun anno: _____ (punti 1,00)	=aa _____ m _____ x 1,00 =p _____
3) Attività specialistica prestata nella branca principale in qualità di Ufficiale medico in S.P.E. in ospedali militari e/o struttura sanitaria militare per ciascun anno: _____ (punti 1,50)	=aa _____ m _____ x 1,50 =p _____
4) Attività professionali svolte in branca affine presso enti pubblici (ospedali, università, ASL) per ciascun anno: _____ (punti 0,50)	=aa _____ m _____ x 0,50 =p _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
Il _____ residente nel Comune di _____ a _____ n° _____
consapevole che le dichiarazioni mendaci, in applicazione dell'art.76 del D.P.R. 445/2000, sono punite ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia e che comunque comportano la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA

La propria compatibilità con il disposto dell'art.53 del D.Lgs. 165/2001, recante disposizioni in merito all'incompatibilità e cumulo di impieghi ed incarichi per gli esperti che risultano essere dipendenti pubblici;

L'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi* a mente del comma 14 del citato art.53 del D.Lgs. 165/2001;

Di svolgere i seguenti incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

Di essere titolare delle seguenti cariche per lo svolgimento di attività professionali:

Il dichiarante viene informato, ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici e telematici, esclusivamente ai fini del provvedimento per il quale è resa la sopra estesa dichiarazione.

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data _____

IL DICHIARANTE

*La situazione di conflitto di interesse si verifica tutte le volte in cui un interesse diverso (patrimoniale o meno) da quello primario della Pubblica Amministrazione si presenta come capace di influenzare l'agire del soggetto titolare dell'incarico. Per la definizione di conflitto di interesse deve farsi riferimento alla normativa di settore (per esempio: Ordinamento Penitenziario, regolamenti interni, Codice Etico e di Comportamento, ecc.)

**Al Signor Direttore
della CASA CIRCONDARIALE DI TREVISO**

Il/La sottoscritto/a Dr./D.ssa _____

Nato/a a _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ (c.a.p. _____)

Tel. _____ cell. _____

Email _____ pec _____

Laureato in _____

Iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici di _____

Specializzato in _____

Chiede di essere incluso per l'anno **2023** nella graduatoria di medico competente presso la Direzione della Casa Circondariale di Treviso.

Dichiara di aver preso atto delle tariffe attualmente in vigore e precisamente:

1. Diritto di accesso € 15,00
2. Visita medica € 20,66
3. Esame audiometrico € 14,28
4. Esame spirometrico € 14,28
5. Visita agli ambienti di lavoro € 25,82

Si allega scheda di valutazione e la relativa documentazione ovvero: Curriculum Vitae formato Word, attestazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi ex art.53 c.14. D.Lgs. 165/2001).

Data _____

Firma _____