



Ministero della Giustizia
Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Direzione Casa Circondariale "Antonio Santoro" di Potenza
Via Appia, 175 tel. 0971 - 471017-471229 e-mail: cc.potenza@giustizia.it

Protocollo n° 6556

Potenza, li _____

16 SET. 2022

Alla redazione del sito
www.giustizia.it

Spett.le
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri di Potenza
Via Vincenzo Verrastro n.3/L
85100 - POTENZA
segreteria.pz@pec.omceo.it

Spett.le
ASP Basilicata
Via Torraca, 2
85100 - POTENZA
protocollo@pec.aspbasilicata.it

Trasmessa esclusivamente a mezzo PEC

Oggetto: Avviso per selezione per la stipula di convenzione per l'incarico di Medico competente ai sensi del D.Lgs. n. 81/2008.

In riferimento all'oggetto, dovendo questa Direzione procedere all'individuazione di un professionista a cui affidare l'incarico di medico competente per il periodo ott. 2022 – sett. 2023, si trasmette l'allegato avviso con preghiera di pubblicarlo sui rispettivi siti web per la più ampia diffusione.

Si ringrazia per la collaborazione e si porgono distinti saluti.

IL DIRETTORE
(Dr.ssa Maria Rosaria Petraccone)



Ministero della Giustizia
Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Direzione Casa Circondariale "Antonio Santoro" di Potenza
Via Appia, 175 tel. 0971 - 471017-471229 e-mail: cc.potenza@giustizia.it

AVVISO

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

Il Direttore

Viste e richiamate le disposizioni di cui al D. lgs. 81/2018;

Considerata la necessità di ottemperare a quanto previsto dal succitato Decreto in tema di sorveglianza sanitaria sui luoghi di lavoro;

Considerato che questa Direzione deve procedere all’individuazione del professionista cui affidare l’incarico di medico competente per un anno a far data della stipula di apposita convenzione;

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 Potenza per l’incarico di medico competente come da schema di accordo individuale che si allega e che indica anche gli importi unitari che saranno corrisposti per le varie prestazioni.

I professionisti interessati potranno avanzare la propria candidatura a mezzo posta elettronica certificata all’indirizzo cc.potenza@giustiziacert.it **entro e non oltre il 10 ottobre 2022** utilizzando il modulo e la scheda di valutazione allegati ai quali ai quali dovrà essere acclusa la documentazione comprovante quanto dichiarato, ovvero l’autocertificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 con la quale si dichiarano luoghi e date di conseguimento dei titoli e di prestazione dei servizi svolti utili alla valutazione.

Il presente avviso sia trasmesso agli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Potenza e all’Asp, 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.

Potenza, lì 16.09.2022

Il Direttore
(Dr.ssa Maria Rosaria Petraccone)



Spett.le Direzione
della Casa Circondariale
di Potenza

Trasmessa esclusivamente a mezzo PEC all'indirizzo: cc.potenza@giustiziacert.it

Il sottoscritto dr. _____

nato a _____

il _____

residente a _____

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

tel. _____

e-mail _____ pec _____

laureato in _____

iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici di _____

specializzato in _____

chiede di essere incluso per l'anno _____ nella graduatoria di medico competente presso codesto Istituto.

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

- | | |
|-----------------------------------|---------|
| 1) diritto di accesso | € 15,00 |
| 2) visita medica | € 20,00 |
| 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 e attestazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi ex art. 53 c.14. D.Lgs 165/2001).

Data _____

Firma

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: o 110/110 e lode (punti 0,30) o Superiore a 105 (punti 0,20) o Superiore a 100 (punti 0,10)	= p _____ = p _____ = p _____
b) Abilitazione all'esercizio professionale conseguita con voto: o 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 _____ o Se conseguita con voto 70/70, per una sola volta vi è una maggiorazione di (punti 0,80) o 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 sottoscritto nato/a a
....., il..... con residenza anagrafica nel
Comune di Via
....., 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 risultino essere dipendenti pubblici;
l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi¹ 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

¹ 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 del conflitto di interesse deve farsi riferimento alla normativa di settore (per esempio: Ordinamento Penitenziario, regolamenti interni, Codice Etico e di Comportamento, ecc.).