



Ministero della Giustizia

**DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA**

DIREZIONE CASA CIRCONDARIALE DI CAMPOBASSO

Via CAVOUR N. 52- 86100 CAMPOBASSO

EMAIL [cc.campobasso@giustiziacert.it](mailto:cc.campobasso@giustiziacert.it)

Spett.le

Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi  
e degli Odontoiatri di Campobasso

Via Mazzini 129/A

86100 Campobasso

[o.cb@pec.omceo.it](mailto:o.cb@pec.omceo.it)

Oggetto: richiesta pubblicazione avviso.

Dovendo questa Direzione procedere all'individuazione di un professionista a cui affidare l'incarico di medico competente per l'anno 2024, si chiede a codesto Spett.le Ente di voler pubblicare sul proprio sito web l'avviso del 26.03.2024, che si trasmette, al fine di darne massima diffusione tra i professionisti ivi iscritti in modo tale che gli stessi qualora fossero interessati possano avanzare la propria candidatura presso questa Direzione.

Si ringrazia per la collaborazione e si porgono distinti saluti.

IL DIRETTORE REGGENTE  
Dr.ssa Maria Antonietta Lauria

Medico – Casa Circondariale di Campobasso – Avviso di selezione

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria  
Direzione Casa Circondariale di Campobasso

## Avviso del 27 Marzo 2024

“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 Campobasso 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 [prot.cc.campobasso@giustiziacert.it](mailto:prot.cc.campobasso@giustiziacert.it) entro e non oltre il 20.04.2024 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.

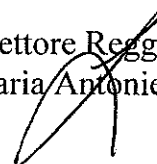
Il presente avviso sia trasmesso agli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Campobasso e della provincia di Isernia ai quali sarà chiesto di pubblicare lo stesso sul sito web al fine di dare la massima diffusione tra i professionisti ivi iscritti.

Responsabile del procedimento: Dr.ssa Maria Antonietta Lauria

Referente Area Contabile: Dr.ssa Barbara Diglio  
Recapito telefonico centralino: 0874 411053 int.200

Campobasso, 27 marzo 2024

Il Direttore Reggente  
Dr.ssa Maria Antonietta Lauria



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

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 **2024** 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 \_\_\_\_\_

Al Signor Direttore  
Casa Circondariale di Campobasso

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 2024 nella graduatoria di Medico Competente della  
Casa Circondariale di Campobasso.

Dichiara di aver preso atto delle tariffe contenute nella convenzione allegata all'avviso  
pubblico.

Allega scheda di valutazione e relativa documentazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_