DECRETO DIRIGENZIALE N. 123 del 27 giugno 2008

AREA GENERALE DI COORDINAMENTO ASSISTENZA SANITARIA SETTORE PREVENZIONE, ASSISTENZA SANITARIA, IGIENE SANITARIA - Titoli e Requisiti del Medico Competente Comunicazione Modalità di Trasmissione dell'Attestazione.

PREMESSO

- in data 15 maggio 2008 è entrato in vigore il D.Lgs.81/2008;
- all'art. 38 del D.Lgs. citato sono previsti "Titoli e Requisiti del Medico Competente";
- l'attività svolta da parte di medici in possesso dei titoli, di cui al comma 1 lett. d, debba essere dimostrata alla Regione, mediante attestazione dell'attività svolta, come precisato all'art. 38 comma 2 del D.Lgs. citato;

DECRETA

alla luce delle motivazioni espresse nelle premesse, che qui si intendono integralmente trascritte ed approvate, di:

- dare comunicazione che, presso l'Assessorato alla Sanità – AGC 20, è stata istituita una Commissione Regionale per la verifica, da parte dei richiedenti, della rispondenza dei titoli e requisiti del Medico Competente richiesti dall'art. 38 comma 2 del D.Lgs. 81/2008;
- stabilire che l'attestazione di cui al citato D.Lgs., da presentare all'AGC 20 dell'Assessorato alla Sanità, deve essere predisposta in, conformità alla seguente modulistica:
  - modello di dichiarazione di cui all'Allegato "A";
  - schema di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di cui all'Allegato "B";
- disporre la pubblicazione integrale del presente decreto sul B.U.R.C. ed al seguente indirizzo: http://www.regione.campania.it/ → Giunta → Assessore Montemarano → Sanità del sito web della Regione Campania, e dei relativi allegati.

Il Dirigente del Settore
Dr. Antonio Gambacorta

Allegato "A"

Titoli e requisiti del
Medico competente

All'Assessore alla Sanità
Assessorato Sanità – A. G.C. 20
Regione Campania
Isola C/3
80124 Napoli

Oggetto: Attestazione attività di medico competente art. 38 comma 2, D.L. 81/08.

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____

Prov. _____ il ____/____/_____ Sesso M ☐ F ☐ codice fiscale _____

Comune di residenza _____ PR _____

Indirizzo _____ n._____

CAP_____ tel _____ medico chirurgo abilitato il ____/____/_____

iscritto con il n° _____ all'Ordine dei Medici _____

in adempimento a quanto previsto dall'art.38 §2 del D.Lgs.81/2008

TRASMETTE

1. dichiarazione dei Titoli e Requisiti del Medico Competente, all'uopo predisposta da Codesto Assessorato, debitamente compilata e sottoscritta (cfr. All.1);

2. attestazione del datore di lavoro, **in originale**, comprovante l'espletamento dell'attività di medico competente, ai sensi dell'art. 16 e 17 D.LGS. 626/94:

☐ alla data dell'entrata in vigore del d.lgs. 81/2008 (15 maggio 2008)

oppure

☐ per il periodo di almeno un anno, nel triennio antecedente all'entrata in vigore del d.lgs. 81/2008 (15 maggio 2008).

L'attestazione di cui al punto 2 è costituita da uno o più attestazioni, come di seguito si precisa:

a. _____ (cfr. All.2);

b. _____ (cfr. All.3);

c. _____ (cfr. All. 4);

d. _____ (cfr. All. 5);

a seconda che le attività siano state svolte presso uno o più datori di lavoro.

Infine, il sottoscritto dichiara di autorizzare, nel rispetto di quanto stabilito dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, il **trattamento dei propri dati personali** per le finalità connesse agli adempimenti specifici di cui al D.Lgs. 81/2008.

li, _____ Firma

Allegato "B"

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(art. 46, comma 1 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 – T.U.**)**

ovvero

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 45 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 – T.U.**)**

Il sottoscritto_____, nato a _____, (___) il _____, residente nel Comune di _____,

prov. _____, alla Via _____, n._____, telefono/fax _____, codice fiscale: _____;

in relazione al possesso dei titoli e requisiti di medico competente di cui all'art. 38 comma 1 lett. d;

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

di essere in possesso dei *requisiti* di seguito elencati *(*):*

1. ☐ ESSERE LAUREATO IN MEDICINA E CHIRURGIA
2. ☐ ESSERE IN POSSESSO DELL'ABILITAZIONE ALLA PROFESSIONE (MEDICO CHIRURGO)
3. ☐ ESSERE ISCRITTO ALL'ORDINE PROFESSIONALE dei MEDICI della PROVINCIA di _____;
4. ☐ ESSERE SPECIALIZZATO IN IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA

   OPPURE

   ☐ ESSERE SPECIALIZZATO IN MEDICINA LEGALE
5. ☐ ALLA DATA DELL'ENTRATA IN VIGORE DEL D.LGS. 81/2008 (15 MAGGIO 2008) SVOLGEVA LE ATTIVITÀ DI MEDICO COMPETENTE, AI SENSI DELL'ART. 16 E 17 D.LGS. 626/94

   OPPURE

   ☐ DI AVER SVOLTO, PER IL PERIODO DI ALMENO UN ANNO, NEL TRIENNIO ANTECEDENTE ALL'ENTRATA IN VIGORE DEL D.LGS. 81/2008 (15 MAGGIO 2008), LE ATTIVITÀ DI MEDICO COMPETENTE, AI SENSI DELL'ART. 16 E 17 D.LGS. 626/94.

lì, _____

A questa dichiarazione sostitutiva, firmata dalla sottoscritta, oggi _____, si allega, ai sensi di legge, copia fotostatica del seguente documento di identità, in corso di validità: CARTA D'IDENTITA' _____, rilasciata dal COMUNE di _____ il _____.

In Fede

lì, Il Dichiarante_____

(*) INDICARE IL POSSESSO DEL SINGOLO REQUISITO CONTRASSEGNANDO IL ☐ IN CORRISPONDENZA DI OGNI REQUISITO