**Allegato 2**

**MODELLO DICHIARAZIONE AI FINI DELLA VALUTAZIONE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VALUTAZIONE CANDIDATURA** | **DATI PER LA VALUTAZIONE** | **PUNTEGGIO ATTRIBUITO** |
| 1. **Compenso richiesto per prestazione - Area Generale**
 | Compenso richiestoEuro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| fino a € 200,00 | **20** pt |
| da € 200,01 a € 300,00 | **15** pt |
| da € 300,01 a € 400,00 | **10** pt |
| da € 400,01 a € 450,00 | **5** pt |
| da € 450,01 a € 500,00 | **1** pt |
|  |
| 1. **Compenso richiesto per prestazione - Area Specifica**
 | Compenso richiestoEuro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| fino a € 20,00 | **8** pt |
| da € 20,01 a € 30,00 | **5 pt** |
| da € 30,01 a € 35,00 | **3 pt** |
| da € 35,01 a € 40,00 | **1 pt** |
|  |
| 1. **Esperienze pregresse e concluse di medico competente in istituti scolastici negli ultimi 5 anni**

punti 5 per ogni incarico(*si valutano max. 5 incarichi annuali per un tot. di 25 pt*) | Numero di incarichi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |
| 1. **Studio medico ubicato nella provincia BAT**

 **10** pt. |  |  |

Luogo e data

Firma