ALLEGATO A - MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Spett.le Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di Livorno
via Michon n° 8, 57126 Livorno
segreteria.li@pec.omceo.it

Il sottoscritto (cognome e nome) _____ nato a _____
Prov._____ il _____ e residente a _____ Prov. _____ in
via/piazza _____ n° _____ CAP _____ C. F.: _____
P. IVA: _____ e-mail: _____ PEC: _____

Dopo aver preso visione di tutte le condizioni presenti nell'avviso relativo a quanto in oggetto, dopo aver preso conoscenza delle circostanze generali e particolari che possono influire sulla determinazione delle prestazioni richieste, presenta manifestazione di interesse all'affidamento di incarico per le attività indicate nell'avviso.
A tal fine, consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli affidamenti di incarichi pubblici,

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

a partecipare alla procedura per la nomina a Presidente del Collegio dei Revisori dei conti dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Livorno e a tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n.445/00, per le ipotesi di falsità in atti e affermazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000:

1. di essere disponibile ad accettare l'incarico in caso di conferimento;
2. di essere iscritto al registro dei revisori legali del Ministero dell'Economia e delle Finanze al n° _____ Sez._____ pubblicato sulla G.U. n° _____del _____ e che a proprio carico non sono stati emessi provvedimenti che comportano decadenza, divieti o sospensioni dal registro;
3. di possedere i requisiti richiesti;
4. l'assenza di conflitti di interesse con l'incarico da assumere;
5. l'insussistenza, nei propri confronti, di cause di inconferibilità o incompatibilità secondo le norme vigenti;
6. l'assenza di cause di esclusione di cui all'articolo 80 del D. Lgs. n° 50 del 18/04/2016;
7. di autorizzare al trattamento dei dati personali, ai sensi della normativa vigente, limitatamente al procedimento in questione;
8. che quanto dichiarato nell'allegato curriculum vitae corrisponde a verità;
9. di essere/non essere *(cancellare la voce che non interessa)* iscritto all'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di _____ al n° _____ e che a proprio carico non sono stati emessi provvedimenti che comportano decadenza, divieti o sospensioni dall'Albo Professionale.

_____ _____
(Luogo e data) (Timbro e firma)

Allega:
1. fotocopia fronte/retro di un valido documento di identità
2. curriculum vitae sottoscritto