

Spett.Le ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE DI
CROTONE

PEC: crotone@cert.ordine-opi.it

Il sottoscritto (cognome e nome) _____		nato a _____	
Prov. _____	il _____	e residente a _____	Prov. _____ in Via/Piazza _____
_____ n. _____	CAP _____	Codice Fiscale _____	Posta elettronica _____ PEC _____
Da compilare solo in caso di studio associato, associazione professionale, società tra professionisti			
Nelle sua qualità di (es. rappresentante legale/socio/mandatario, etc.) _____			
Denominazione o ragione sociale (es. studio/associazione/società, etc.) _____			
Con sede in _____ Prov. _____ CAP _____ Via/Piazza _____			
Iscrizione alla Camera di Commercio _____ della Prov. _____ n. iscrizione _____			
Data _____	codice fiscale _____	partita IVA _____	
Tel. _____	Fax _____	Indirizzo di posta elettronica _____	
Indirizzo 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 Revisore Legale dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Crotone 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 responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00:

- 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;
 - alla sezione dell'Albo 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.
- di non versare/che la Società non versa in nessuna causa di esclusione di cui all'art. 80 del d. lgs. 50/16;

(N.B.) in caso di Società, Società di professionisti o Società di ingegneria la dichiarazione di cui al n 3 deve essere presentata da tutti i soggetti di cui all'art. 80, comma 3 del d.lgs. 50/16; in caso di associazione tra professionisti, da tutti i professionisti titolari dell'associazione)

- l'insussistenza di conflitti di interesse con l'incarico da assumere;
- che non sussistono, nei propri confronti, cause di inconferibilità o incompatibilità ai sensi del D. lgs. N 39 dell'8 aprile 2013;

5. di essere in possesso dei requisiti di legge necessari per lo svolgimento dell'incarico e specificati all'art. 3 dell'avviso pubblico per la raccolta di manifestazione di interesse;
6. la propria disponibilità ad accettare l'incarico in caso di nomina;
7. di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 679/2016 limitatamente al procedimento in questione;
8. che quanto riferito nell'allegato curriculum vitae in particolare per le esperienze specifiche pregresse corrisponde a verità.

Luogo e data

(Firma/Firme (nel caso di associazioni/società))

Allega:

1. Fotocopia fronte/retro di un valido documento di identità
2. Curriculum vitae sottoscritto

Sede, data

TIMBRO E FIRMA DEL REVISORE