

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE
PER AFFIDAMENTO DI INCARICO DI PRESIDENTE REVISORI DEI CONTI**

All'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Crotone
Viale Regina Margherita 5
88900 Crotone
segreteria@pec.ordinemedici.crotone.it

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il _____,
codice fiscale _____,
telefono _____, email _____,
PEC _____,
Indirizzo: Via _____ n. _____ cap _____,
Città _____,

CHIEDE

di partecipare alla selezione per l'affidamento di un incarico per attività di Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti, come meglio descritto nell'Avviso di selezione, e, in proposito, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (DPR 445/2000)

DICHIARA

di essere iscritto nella sezione A dell'Albo dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili della provincia di _____ con numero _____ dal _____;
di essere iscritto nel Registro dei Revisori Legali tenuto dal Ministero dell'Economia e delle Finanze con numero _____ dal _____;
di aver maturato esperienza nella Revisione Contabile di Enti Pubblici non Economici o Enti Locali come da curriculum allegato;
di impegnarsi, in caso di affidamento dell'incarico, a produrre dichiarazione di non trovarsi in alcuna condizione di incompatibilità o inconferibilità ai sensi dell'art. 82 del DPR del 27 febbraio 2003, n. 97;
di essere disponibile a sostenere un eventuale colloquio personale di orientamento;
di accettare le condizioni e le clausole contrattuali previste dall'Avviso di selezione;
di autorizzare l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Crotone al trattamento dei dati personali per le finalità inerenti la selezione, a norma del D.Lvo 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni.

Data _____ Firma _____

Allegati: _____