

**ALLEGATO B – Dichiarazione di possesso dei requisiti**

Da compilare in tutte le sue parti e restituire con le modalità indicate all'art.7 dell'avviso.

**Spettabile Ordine Interprovinciale della  
Professione Sanitaria di Fisioterapista di  
Brescia e Mantova**

SEDE \_\_\_\_\_

PEC: bresciamantova.ofi@fnofi.it

**AVVISO PUBBLICO**

**PER INDAGINE DI MERCATO FINALIZZATA AL CONFERIMENTO DI INCARICO PROFESSIONALE DI  
REVISORI DEI CONTI DELL'ORDINE**

**Dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000**

Il sottoscritto.....  
nato a ..... (.....) il .....  
C.F: .....n° doc. identità.....tipo.....

pienamente consapevole della responsabilità penale cui va incontro ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

**dichiara ed attesta sotto la propria responsabilità:**

1. di essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 6 dell'avviso del quale la presente dichiarazione costituisce allegato;
2. di poter documentare ove richiesto dall'Amministrazione il possesso dei requisiti di cui all'art.6 dell'avviso;
3. di aver preso visione e di comprendere tutte le condizioni di partecipazione riportate nell'avviso del quale la presente dichiarazione costituisce allegato;
4. di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nell'avviso pubblicato e nei suoi allegati.

Data: .....

Firma .....