



Istituito ai sensi delle leggi 31.01.1983 N°25; 11.01.2018 N°3; DM 08/09/2022, N° 183

Spettabile  
Ordine Interprovinciale  
della Professione Sanitaria di Fisioterapista  
di Cagliari, Medio Campidano,  
Nuoro, Ogliastra, Oristano e Sulcis Iglesiente  
Via Peretti 1, scala A,  
Cagliari 09121  
PEC: sardegnacentrale.ofi@pec.fnofi.it

**DICHIARAZIONE DI POSSESSO DEI REQUISITI FINALIZZATA AL  
CONFERIMENTO DI INCARICO SERVIZIO DI CONSULENTE DEL LAVORO DELL'ORDINE**

Dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000

Il sottoscritto.....  
nato a ..... (..) il

.....  
C.F: .....  
n° doc. identità.....

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'avviso del quale la presente dichiarazione costituisce allegato;
2. di poter documentare ove richiesto dall'Amministrazione il possesso dei requisiti;
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

.....