

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 Sassari e del nord est Sardegna

Sede Legale: Viale Italia 46/D 07100 Sassari

mail pec: sassari.ofi@pec.fnofi.it

INDAGINE DI MERCATO FINALIZZATA AL CONFERIMENTO DI  
INCARICO PROFESSIONALE DI REVISORE DEI CONTI DELL'ORDINE  
Dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a 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'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 de uale 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

.....