DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER AFFIDAMENTO DI INCARICO DI PRESIDENTE REVISORE DEI CONTI

All'Ordine dei Medici Chirurghi
E degli Odontoiatri
Della Provincia di Trieste

PEC: segreteria.ts@pec.omceo.it

Il/La sottoscritto/a ……

Nato/a a ……. il ……

codice fiscale ……

Telefono ……..

e-mail …… PEC ……..

CHIEDE

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

DICHIARA

1) Di essere iscritto nella sezione A dell'Albo dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili della Provincia di …….. con numero ……..

2) Di essere iscritto nella sezione A del Registro dei Revisori Legali tenuto dal Ministero dell'Economia e delle Finanze con numero ……..

3) Di aver maturato esperienza nella Revisione Contabile di Enti Pubblici non Economici o Enti locali come da curriculum allegato

4) Di impegnarsi , in caso di affidamento dell'incarico, a produrre dichiarazione di non trovarsi in alcuna condizione di incompatibilità o inconferibilità ex D.Lgs. 08/04/2013 n. 39;

5) Di essere disponibile a sostenere un eventuale colloquio personale di orientamento

6) Di accettare le condizioni e le clausole contrattuali previste dal bando di selezione

7) Di autorizzare l'Ordine al trattamento dei dati personali per le finalità inerenti la selezione, a norma del D.Lgs 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni.

Data

Firma

Allegati obbligatori:
curriculum professionale
copia non autenticata di un documento di identità in corso di validità