

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER LA NOMINA DEL
PRESIDENTE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI DELL'ORDINE DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI PER
IL QUADRIENNIO 2021-2024**

All'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della provincia di Sassari
via Cavour 71 b
07100 SASSARI
PEC: ordine.ss@pec.omceo.it

Il/La sottoscritto/a

nato/a (.....) il

codice fiscale P.IVA

telefono....., e-mail @

PEC @

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione per la nomina a Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di SASSARI per il quadriennio 2021 – 2024 come meglio descritto nell'Avviso di selezione, approvato con delibera n. 516 del Consiglio Direttivo del 19.11.2020 e pubblicato sul sito internet istituzionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri in data **2 dicembre 2020** e, in proposito, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (DPR 445/2000)

DICHIARA

1. essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell'Unione Europea;
2. godere di diritti civili e politici;
3. non aver riportato condanne penali passate in giudicato e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale (anche se sia stata concessa amnistia, condono, indulto o perdono giudiziario);
4. non essere sottoposto a procedimenti penali in corso per reati di particolare gravità che escludono secondo le norme vigenti, l'assunzione di un incarico con la pubblica amministrazione;
5. di essere iscritto nel Registro dei Revisori Legali tenuto dal Ministero dell'Economia e delle Finanze dalcon numero
6. di essere iscritto nella Sezione A dell'Albo dei dottori Commercialisti ed Esperti contabili dal con numero

7. di essere in regola con l'assolvimento degli obblighi formativi;
8. di essere in regola con l'assolvimento degli obblighi contributivi presso la cassa previdenziale del proprio Ordine professionale e di mantenere le seguenti posizioni previdenziali ed assicurative presso la Cassa _____ codice _____;
9. di possedere i requisiti di onorabilità, professionalità e indipendenza, previsti dall'articolo 21 del Decreto Legislativo n. 123 del 2011 e dall'art. 10 del Decreto Legislativo n. 39 del 2010;
10. di non trovarsi in una situazione di inconferibilità o incompatibilità ai sensi del D.Lgs. 08/04/2013, n. 39;
11. di non trovarsi in una situazione di incompatibilità o ineleggibilità di cui all'art. 236 del decreto Legislativo n. 267 del 2000;
12. non trovarsi in una situazione di conflitto di interessi con l'Ordine;
13. di accettare le condizioni e le clausole contrattuali previste dall'avviso di selezione;
14. di accettare che ogni comunicazione relativa alla procedura, di cui trattasi, venga validamente inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (della cui operatività il dichiarante assume ogni rischio) PEC _____;
15. di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, che i dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di autorizzare l'Ordine al trattamento dei dati personali per le finalità inerenti la selezione, a norma del D. Lgs 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, come da informativa allegata alla presente domanda.

Luogo e data

Firma

Allegati obbligatori:

1. curriculum vitae - di studio e professionale – aggiornato, sottoscritto e redatto secondo il DPR 445/200 nel quale siano indicati il titolo di studio, l'iscrizione nel Registro dei Revisori Legali tenuto dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e l'iscrizione nella Sezione A dell'Albo dei dottori Commercialisti ed Esperti contabili, l'iscrizione in eventuali ulteriori pubblici Registri e gli aspetti di esperienza strettamente correlata alla materia oggetto della prestazione e ogni altro elemento attinente con l'incarico oggetto di affidamento.
2. copia fotostatica non autenticata, di documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, ai sensi degli art. 38, 46 e 47 del DPR n. 445/2000.

La domanda e la documentazione allegata devono essere sottoscritti con le modalità indicate ai punti a) e b) all'art. 5 dell'Avviso.

Si prende, altresì, atto che:

Il **titolare del trattamento** è l'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Sassari, Via Cavour 71/B;

Responsabile del procedimento contrattuale è il Presidente pro tempore dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Sassari.