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

ALLA FORMAZIONE DI UN ELENCO DI PROFESSIONISTI INTERESSATI ALL’AFFIDAMENTO DI INCARICHI DI ADDETTO STAMPA E ALLA COMUNICAZIONE DEGLI ORGANI ISTITUZIONALI DELL’ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI CAGLIARI, MEDIO CAMPIDANO, NUORO, OGLIASTRA, ORISTANO E SULCIS IGLESIENTE

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

……….……………………….