

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 COSTITUZIONE
DI UN ELENCO PER L’AFFIDAMENTO DIRETTO DEI SERVIZI DI PROVIDER E DI
EVENTUALE SUPPORTO AGLI EVENTI FORMATIVI ORGANIZZATI DALL’ORDINE
INTERPROVINCIALE DEI FISIOTERAPISTI DI CAGLIARI, NUORO, MEDIO CAMPIDANO,
OGLIASTRA, ORISTANO, SULCIS IGLESIENTE

ANNO 2025

Dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000

Il/la sottoscritto/a.....
Nato/a a (.....) il
C.F:
in qualità didel provider ECM.....
Sede legale.....
C.F./P.IVA :.....
e-mailPEC.....

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