

**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 Regionale della Professione**  
**Sanitaria di Fisioterapista del Lazio**  
**Via Casilina n.1670 fabbricato C-6**  
**complesso industriale Breda 00133 Roma**  
mail pec: [lazio.ofi@pec.fnofi.it](mailto:lazio.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 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'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 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

.....