

**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.*

Spett.le  
**Ordine della Professione Sanitaria  
di Fisioterapista Regione Marche**  
PEC: [marche.ofi@fnofi.it](mailto:marche.ofi@fnofi.it)

**AVVISO PUBBLICO**  
**PER INDAGINE DI MERCATO FINALIZZATA AL CONFERIMENTO DI INCARICO  
PROFESSIONALE DI REVISORI 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

.....