

ALLEGATO B– Dichiarazione di possesso dei requisiti

Da compilare in tutte le sue parti e restituire con le modalità indicate all'art.6 dell'avviso.

**Spettabile Ordine provinciale della
Professione Sanitaria di Fisioterapista di Salerno**

SEDE Via Sal Leonardo, 67-Salerno

PEC: salerno.ofi@fnofi.it

**AVVISO PUBBLICO PER INDAGINE DI MERCATO FINALIZZATA AL CONFERIMENTO DI INCARICO
PROFESSIONALE DI PRESIDENTE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI DELL'ORDINE
PROVINCIALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI SALERNO**

Dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000

Il sottoscritto.....
nato a (.....) il
C.F:
n° doc. identità.....tipo.....
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. 5 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. 5 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