

OGGETTO: DOMANDA PER LA NOMINA DEL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI –
TRIENNIO 2016/2018

Il sottoscritto _____

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

Telefono _____ Fax _____ E-

mail _____

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____

Codice Fiscale _____ P.IVA _____

propone la propria candidatura per la nomina a Revisore dei Conti del Collegio della Società della
Salute Fiorentina Nord Ovest

Consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni false o mendaci previste dall'art. 76
del vigente D.P.R. 445/2000, all'uopo dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. medesimo:

Di essere iscritto al Registro di cui all'art. 6 del D. Lgs 39/2010

Di non essere interdetto, inabilitato o fallito

Di non essere stato condannato a pena che comporta l'interdizione anche temporanea dai pubblici
uffici o incapacità ad esercitare uffici direttivi

Di non essere coniuge , parente o affine entro il quarto grado dei componenti della Giunta, del
Presidente, del Direttore nonché della struttura contabile della SdS

Di non essere legato al Consorzio SdS da rapporto di lavoro o da rapporto continuativo di
consulenza ovvero da altri rapporti di natura patrimoniale

Di non trovarsi in nessun'altra delle cause di incompatibilità o inconfiribilità degli incarichi presso
Pubbliche Amministrazioni ai sensi del D. Lgs. 39/2013.

Dichiara altresì di essere in possesso del requisito previsto dall'Avviso avendo svolto 2 incarichi di
durata triennale presso Enti Pubblici come di seguito specificato:

1) _____

2) _____

e degli ulteriori titoli come indicati nel curriculum allegato

(si richiede di elencare distintamente nel curriculum i titoli che danno luogo a punteggio riportando
tutte le informazioni necessarie)

Il sottoscritto dà il consenso per il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/2003

relativamente al presente procedimento;

FIRMA

N.B. Allegare copia di documento d'identità in corso di validità