Alla SANITASERVICE ASL BA s.r.l.

Via G.Verdi, 36 - BARI

**OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO DI SELEZIONE PER L'AFFIDAMENTO DI INCARICO DI CONSULENZA CONTABILE, SOCIETARIA, FISCALE E STATISTICA IN FAVORE DI SANITASERVICE ASL BA S.R.L.**

Il/la sottoscritto/a ovvero lo studio individuale/associato ……………………………………………………………….. nato/a ……………….………( ) il………………………………. residente/domiciliato in ………..…………………………….. Piazza/Via ……………………………………………………….… n …….. P.IVA/C.F. …………………….……………………………

Tel……………………………………… e-mail/pec …………………......................................... ove elegge domicilio;

Presa visione ed accettate le condizioni e tutte le prescrizioni previste dall’avviso pubblico

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare alla procedura di selezione finalizzata all'affidamento dell’incarico di "Consulente Contabile". A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall' art. 76 del D.PoR. 28/12/2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli arti. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000:

1. di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno Stato membro dell'Unione Europea;
2. di godere dei diritti civili e politici ed essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….….

***(in caso di non iscrizione indicare i motivi di non iscrizione/cancellazione)***

1. (solo eventuale) di essere in possesso della cittadinanza di uno Stato membro dell'Unione Europea …………………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. di non aver riportato condanne penali definitive che impediscano la sottoscrizione di un contratto per l’assunzione dell’incarico professionale come quello in argomento;
3. di non trovarsi in alcuna condizione che impedisca la predetta sottoscrizione contrattuale e di non essere stato coinvolto in alcun procedimento amministrativo o giudiziario previsto dal d.lgs. del 08/06/2001 n.231 e ss.mm.ii.;
4. di essere iscritto all’Ordine dei Dottori Commercialisti e Esperto Contabile, Sezione A, dal………………………………. N. di iscrizione………………………………………………..
5. di aver maturato precedenti esperienze dimostrabili e documentabili di consulenza contabile aziendale presso Enti/Aziende pubbliche o private che applicano il CCNL Associazione Italiana Ospedalità Privata
6. di non trovarsi in nessuna condizione di incompatibilità o di conflitto di interessi con la società;
7. di accettare tutte le condizioni previste nell’avviso per l’espletamento dell’incarico di consulente del lavoro;
8. di eleggere il proprio domicilio ai fini della presente procedura presso il proprio indirizzo di posta elettronica certificata personale;
9. di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) n.679/2016;
10. che il proprio curriculum vitae è il seguente:

|  |  |
| --- | --- |
| **TITOLO DI STUDIO:** *indicare la tipologia di laurea conseguita (vecchio ordinamento, specialistica, magistrale), la disciplina (giurisprudenza, economia, ecc) l’Università e l’anno dei conseguimento, eventuali dottorati di ricerca.* |  |
| **TITOLI PROFESSIONALI:** *indicare eventuali iscrizioni a Ordini Professionali (Avocati, Dottori Commercialisti, ecc) nonché di Albi e Registri ( Albo dei revisori legali, revisori enti legali, ecc)* |  |
| **TITOLI DI FORMAZIONE:** *(qualificata e continua attività di formazione mediante la partecipazione a corsi di aggiornamento e di carattere accademico post laurea quali master di 1^ e 2^ livello etc.)* |  |
| **ATTIVITA’ PROFESSIONALI:** *(indicare il complesso delle attività professionali maturate dal candidato in ambito imprenditoriale, di lavoro autonomo o subordinato. In questa categoria possono essere indicate anche le attività maturate in ambito accademico.* |  |
| **ESPERIENZA MATURATA:** *Per l'esperienza maturata in qualità di professionista esterno incaricato da Enti e/o Società operanti nel settore sanitario che applicano il C.C.N.L. AIOP-ARIS* |  |
| **EVENTUALI ALTRI TITOLI RITENUTI UTILI DAL CANDIDATO** |  |

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione ai propri fatti, stati e qualità personali che dovessero intervenire nel corso dell’espletamento del mandato; ed autorizza la Sanitaservice Asl Ba srl all’effettuazione dei controlli e delle verifiche in ordine a quanto autocertificato con la presente dichiarazione.

(luogo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (data)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dichiarante

Firma