

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)

3. (solo eventuale) di essere in possesso della cittadinanza di uno Stato membro dell'Unione Europea
4. di non aver riportato condanne penali definitive che impediscano la sottoscrizione di un contratto per l'assunzione dell'incarico professionale come quello in argomento;
5. 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.;
6. di essere iscritto all'Ordine dei Dottori Commercialisti e Esperto Contabile, Sezione A, dal..... N. di iscrizione.....
7. 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
8. di non trovarsi in nessuna condizione di incompatibilità o di conflitto di interessi con la società;

9. di accettare tutte le condizioni previste nell'avviso per l'espletamento dell'incarico di consulente del lavoro;
10. di eleggere il proprio domicilio ai fini della presente procedura presso il proprio indirizzo di posta elettronica certificata personale;
11. di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del *Regolamento* (UE) n.679/2016;
12. che il proprio curriculum vitae è il seguente:

<p>TITOLO DI STUDIO: <i>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.</i></p>	
<p>TITOLI PROFESSIONALI: <i>indicare eventuali iscrizioni a Ordini Professionali (Avvocati, Dottori Commercialisti, ecc) nonché di Albi e Registri (Albo dei revisori legali, revisori enti legali, ecc)</i></p>	
<p>TITOLI DI FORMAZIONE: <i>(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.)</i></p>	
<p>ATTIVITA' PROFESSIONALI: <i>(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.</i></p>	
<p>ESPERIENZA MATURATA: <i>Per l'esperienza maturata in qualità di professionista esterno incaricato da Enti e/o Società operanti nel</i></p>	

<i>settore sanitario che applicano il C.C.N.L. AIOP-ARIS</i>	
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