

Spett.le
ASP Circondario Imolese
Via Matteotti 77
40024 CASTEL SAN PIETRO TERME

**OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DELLE CANDIDATURE
PER LA NOMINA A REVISORE DEL CONTO DELL'ASP CIRCONDARIO IMOLESE**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____
nat ____ a _____ il _____
residente nel Comune di _____
via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
indirizzo e.mail _____
indirizzo Pec _____
eventuale altro recapito (se diverso da quello di residenza) _____

C H I E D E

che venga valutata la propria candidatura ed il proprio curriculum vitae per la nomina di cui all'avviso in oggetto.

A tal fine, ai sensi dell'articolo 46 del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dalla suddetta normativa in caso di attestazioni false o mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

- di essere nato/a a _____ il ____ / ____ / _____
- di avere il seguente codice fiscale _____
- di essere residente a _____ in via _____ n. _____
telefono/cell _____ indirizzo di posta elettronica _____
indirizzo PEC _____
- di essere rintracciabile al seguente indirizzo (*recapito presso il quale l'ASP dovrà inviare tutte le comunicazioni, se diverso dalla residenza*): _____
- di avere maturato una significativa esperienza nell'esercizio della professione di Revisore Legale come da curriculum formativo e professionale che si allega debitamente sottoscritto
- di attestare la veridicità delle dichiarazioni contenute nella presente domanda e di essere a conoscenza delle sanzioni penali di cui all'art. 76 DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni false o mendaci.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i propri dati personali siano trattati nel rispetto delle disposizioni di cui alla normativa vigente per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Letto confermato e sottoscritto

Data _____

Firma (*esente da autenticazione*)