

**ALL. A)**

All'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri di Varese

[protocollo@pec.omceovarese.it](mailto:protocollo@pec.omceovarese.it)

**OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLA NOMINA A PRESIDENTE DEL COLLEGIO  
DEI REVISORI DEI CONTI DELL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI  
ODONTOIATRI DI VARESE QUADRIENNIO 2025-2028**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_,  
codice fiscale \_\_\_\_\_,  
telefono \_\_\_\_\_ cel \_\_\_\_\_,  
e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_,

**PRESENTA**

La propria candidatura per la nomina a Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Varese, come meglio descritto nell'Avviso pubblico, e, in proposito, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (DPR 445/2000)

**DICHIARA**

- 1) di essere iscritto nella sezione A dell'Albo dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili della provincia di ..... con numero ..... dal .....
- 2) di essere iscritto nel Registro dei Revisori Legali tenuto dal Ministero dell'Economia e delle Finanze con numero ..... dal .....
- 3) di aver maturato esperienza nella Revisione Contabile di Enti Pubblici non Economici o Enti Locali come da curriculum allegato;
- 4) di essere in possesso dei requisiti di indipendenza, obiettività e terzietà di cui agli artt. 21 D. Lgs. n. 123/2011, 10 D. Lgs. n. 39/2010 e 2387 c.c.
- 5) di impegnarsi, in caso di affidamento dell'incarico, a produrre dichiarazione di non trovarsi, al momento dell'accettazione della nomina, in alcuna condizione di incompatibilità o inconfiribilità ai sensi dell'art. 82 del DRP del 27 febbraio 2003, n. 97;
- 6) di impegnarsi a comunicare ogni atto modificativo della predetta dichiarazione il sopraggiungere, in qualsiasi momento nel corso del mandato, di eventuali cause di incompatibilità e/o inconfiribilità ai sensi dell'art. 82 del DRP del 27 febbraio 2003, n. 97, dichiarando di essere a conoscenza che tali circostanze comporteranno la decadenza automatica dalla carica;
- 7) di non incorrere in alcuna ipotesi di conflitto di interessi all'accettazione della carica di Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Varese;
- 8) di non essere mai stato revocato per gravi inadempienze dall'incarico di Revisore dei Conti/Sindaco di società ed Enti di diritto pubblico e/o private, Enti Pubblici non economici;
- 9) di essere disponibile a sostenere un eventuale colloquio personale di orientamento;
- 10) di accettare le condizioni e le clausole contrattuali previste dall'Avviso di selezione.
- 11) di autorizzare l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Varese, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dal regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, al trattamento dei propri dati nell'ambito dei procedimenti per i quali viene resa la presente dichiarazione.

Luogo e data

Firma \_\_\_\_\_

Allegati:  
documento di identità  
curriculum vitae