

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE  
PER AFFIDAMENTO DI INCARICO DI PRESIDENTE REVISORI DEI CONTI**

All'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri di Varese  
Viale Milano n 27  
21100 Varese  
PEC [protocollo@pec.omceovarese.it](mailto:protocollo@pec.omceovarese.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
codice fiscale \_\_\_\_\_,  
telefono \_\_\_\_\_, email \_\_\_\_\_,  
PEC \_\_\_\_\_,  
Indirizzo: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_,  
Città \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

di partecipare alla selezione per l'affidamento di un incarico per attività di Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti, come meglio descritto nell'Avviso di selezione, e, in proposito, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (DPR 445/2000)

**DICHIARA**

di essere iscritto nella sezione A dell'Albo dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili della provincia di \_\_\_\_\_ con numero \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;  
di essere iscritto nel Registro dei Revisori Legali tenuto dal Ministero dell'Economia e delle Finanze con numero \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;  
di aver maturato esperienza nella Revisione Contabile di Enti Pubblici non Economici o Enti Locali come da curriculum allegato;  
di impegnarsi, in caso di affidamento dell'incarico, a produrre dichiarazione di non trovarsi in alcuna condizione di incompatibilità o inconfiribilità ai sensi dell'art. 82 del DPR del 27 febbraio 2003, n. 97;  
di essere disponibile a sostenere un eventuale colloquio personale di orientamento;  
di accettare le condizioni e le clausole contrattuali previste dall'Avviso di selezione;  
di autorizzare l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Varese al trattamento dei dati personali per le finalità inerenti la selezione, a norma del D.Lvo 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Allegati: \_\_\_\_\_