

Domanda di partecipazione PROCEDURA COMPARATIVA incarico di tipo autonomo professionale per la valutazione economico-finanziaria della Farmacia Comunale.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 Residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
 In qualità di \_\_\_\_\_  
 ❖ Indirizzo a cui inviare eventuali comunicazioni inerenti la selezione (solo se diverso dalla residenza) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

### Chiede

Di essere ammesso alla selezione per il conferimento dell'incarico di tipo autonomo professionale per la valutazione economico-finanziaria della Farmacia Comunale.

A tal fine, ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità dichiara:

di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati della Comunità Europea;

di godere dei diritti civili e politici;

di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;

di non essere in condizioni di far configurare conflitto di interessi con l'Amministrazione Comunale;

di essere in possesso del requisito della particolare e comprovata specializzazione in consulenza fiscale, contabile e societaria per soggetti privati e soggetti pubblici;

di possedere il seguente titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_ di possedere il seguente titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_;

di essere iscritto nell'Albo dei dottori commercialisti dal \_\_\_\_\_;

di essere iscritto al Registro dei Revisori Contabili dal \_\_\_\_\_;

di accettare tutte le condizioni contenute nell'avviso di selezione per il conferimento, mediante procedura comparativa, di un incarico di tipo autonomo professionale per la valutazione economico-finanziaria della Farmacia Comunale.

Si allega alla presente domanda di partecipazione:

- fotocopia di valido documento di identità;
- il curriculum vitae et studiorum debitamente sottoscritto;
- copia dell'avviso pubblico firmato per accettazione in ogni pagina.

Il/la sottoscritto/a autorizza al trattamento dei propri dati personali ai fini dello svolgimento della selezione in oggetto e per l'eventuale conferimento dell'incarico.

li \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_