



**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
FROSINONE**

ALLEGATO "A"

AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA NOMINA DEL PRESIDENTE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI PER IL QUADRIENNIO 2021/2024

ISTANZA

Ill.mo Presidente OMCeO FROSINONE
segreteria.fr@pec.omceo.it

OGGETTO: Manifestazione di interesse per la nomina a Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti dell'Ordine Prov. dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Frosinone -per il quadriennio 2021/2024

Il/La Dott. _____

nat _ a _____ il _____

residente in _____ (____),

alla via _____ n. _____;

C.F./P.IVA _____;

tel. _____ cell. _____,

email _____ 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 Frosinone per il quadriennio 2021/2024.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui agli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, così come successivamente modificato e integrato, consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o esibizione di atti falsi o contenenti dati fittizi, sotto la propria personale responsabilità



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI FROSINONE

DICHIARA

(si barri la casella corrispondente)

- di essere iscritto presso il Registro Nazionale dei Revisori Legali tenuto dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, dal _____, al n. _____.
- di possedere i requisiti di cui all'art. 21 del D.Lgs n. 123/2011 (onorabilità, professionalità ed indipendenza)
- l'assenza di cause di incompatibilità previste dal DPR n. 97/2003
- di non essere stato revocato, per gravi inadempienze, dall'incarico di Revisore dei Conti/ Sindaco di Società ed Enti di diritto pubblico e/o privato
- di essere iscritto da almeno 10 anni nella SEZIONE "A" dell'Albo dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili della Provincia di _____, al numero _____
- di avere effettuato dal _____ attività di consulenza contabile/amministrativa o di revisione presso Ordini Professionali e/o altri Enti Pubblici Non Economici, e/o Enti Locali o comunque Pubbliche Amministrazioni e/o Enti privati in controllo pubblico
- di essere iscritto da _____ anni presso il Registro Nazionale dei Revisori degli Enti Locali tenuto dal Ministero dell'Interno, al numero _____

2

DICHIARA altresì

- di accettare integralmente le condizioni contenute nel relativo avviso pubblico ed in particolare che l'incarico ha natura fiduciaria *intuitu personae* e che il compenso, stabilito sulla base del compenso massimo spettante stabilito sulla base della Tabella A e dall'art. 3 del Decreto del Ministero dell'Interno di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 21/12/2018, sarà **di € 3.000,00**
- di accettare la condizione automatica di decadenza dalla nomina qualora in sede di verifica una o più dichiarazioni rese in sede di domanda di partecipazione dovessero risultare non veritiere
- insussistenza di conflitti di interesse con l'incarico da assumere
- di non essere stato/a né di essere sottoposto/a ad alcuna misura di prevenzione prevista dalle leggi vigenti
- di accettare che tutte le comunicazioni relative alla procedura avverranno tramite posta certificata (all'indirizzo sopra dichiarato) e/o pubblicazione sul sito istituzionale dell'Ente

ALLEGA:

- a) copia di un documento di riconoscimento in corso di validità
- b) curriculum vitae in formato europeo aggiornato, contenente dichiarazione privacy e debitamente datato e sottoscritto

FIRMA DIGITALE