

Allegato A)

Spett.
COMUNE DI GRADO
P.zza Biagio Marin n° 4
34073 GRADO (GO)

**NOMINA REVISORE UNICO DELL'AZIENDA SPECIALE
FARMACIA DI GRADO**

Il sottoscritto.....
nato ail
residente in Via/piazza.....
con la qualifica di
codice fiscale n.....
tel.n..... cell..... e-mail
PEC

Visto l'avviso inerente l'oggetto, pubblicato all'albo e sul sito del Comune.
Consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate.

DICHIARA

di manifestare l'interesse a ricoprire l'incarico di revisore unico dell'Azienda Speciale Farmacia di Grado

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA E ATTESTA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di non trovarsi nella condizione giuridica di incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione;
 - di non trovarsi nelle condizioni previste dall'art.35 comma 4 dello Statuo dell'Azienda Speciale della Farmacia di Grado;
 - di essere iscritto al registro dei Revisori legali Presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze
- _____

DICHIARA INOLTRE

- di acconsentire, ai sensi del D.Lgs. n.196/2003, al trattamento dei propri dati, anche personali nell'ambito del procedimento in oggetto

_____, li _____

FIRMA

Si allega:

- copia della carta di identità in corso di validità
- copia del curriculum vitae