

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER LA NOMINA DEL PRESIDENTE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI ORISTANO PER IL QUADRIENNIO 2025-2028

**All'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Oristano
Via Canalis n. 11
09170 ORISTANO
PEC: omeor@pec.aruba.it**

Il/La sottoscritto/a _____,

nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____, P. IVA _____,

telefono _____, e-mail _____,

PEC _____,

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione per la nomina a Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Oristano per il quadriennio 2025 – 2028, come meglio descritto nell'Avviso di selezione, approvato con delibera n. 2 del Consiglio Direttivo del 13/02/2025 e pubblicato sul sito internet istituzionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri in data 17/03/2025.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (DPR 445/2000),

DICHIARA

1. di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell'Unione Europea;
2. di godere dei diritti civili e politici;
3. di non aver riportato condanne penali passate in giudicato e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale (anche se sia stata concessa amnistia, condono, indulto o perdono giudiziario);
4. di non essere sottoposto a procedimenti penali in corso per reati di particolare gravità che escludono, secondo le norme vigenti, l'assunzione di un incarico con la pubblica amministrazione;

5. di essere iscritto nel Registro dei Revisori Legali tenuto dal Ministero dell'Economia e delle Finanze dal ____/____/____ con numero _____;
6. di essere iscritto nella Sezione A dell'Albo dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili dal ____/____/____ con numero _____;
7. di aver maturato esperienza nella revisione contabile di Ordini professionali e/o altri Enti pubblici non economici e/o pubbliche amministrazioni, come da curriculum allegato;
8. di essere in regola con l'assolvimento degli obblighi formativi;
9. di possedere i requisiti di onorabilità, professionalità e indipendenza, previsti dall'articolo 21 del Decreto Legislativo n. 123 del 2011 e dall'art. 10 del Decreto Legislativo n. 39 del 2010;
10. di non trovarsi in una situazione di inconferibilità o incompatibilità ai sensi del D.Lgs. 08/04/2013, n. 39;
11. di non trovarsi in una situazione di incompatibilità o ineleggibilità di cui all'art. 236 del Decreto Legislativo n. 267 del 2000 e art. 82 DPR n. 97/2023;
12. di non trovarsi in una situazione di conflitto di interessi con l'Ordine e di non avere contenziosi in corso;
13. di accettare le condizioni e le clausole contrattuali previste dall'Avviso di selezione;
14. di accettare che ogni comunicazione relativa alla procedura, di cui trattasi, venga validamente inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (della cui operatività il dichiarante assume ogni rischio):
PEC: _____
15. di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, che i dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di autorizzare l'Ordine al trattamento dei dati personali per le finalità inerenti la selezione, a norma del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, come da informativa allegata alla presente domanda;
16. di impegnarsi a comunicare all'Ente ogni eventuale atto modificativo delle dichiarazioni presentate;
17. di essere a conoscenza che, se tali modifiche comportano la perdita dei requisiti, l'Ente si riserva di revocare l'incarico conferito.

Luogo e data: _____

Firma digitale

Allegati obbligatori:

1. **Curriculum vitae** - di studio e professionale – aggiornato, sottoscritto digitalmente e redatto secondo il DPR 445/2000, nel quale siano indicati il titolo di studio, l'iscrizione nel

Registro dei Revisori Legali tenuto dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e l'iscrizione nella Sezione A dell'Albo dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili, l'iscrizione in eventuali ulteriori pubblici Registri e gli aspetti di esperienza strettamente correlata alla materia oggetto della prestazione, nonché ogni altro elemento attinente con l'incarico oggetto di affidamento.

2. **Copia fotostatica non autenticata di un documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità, ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del DPR n. 445/2000.

La domanda e la documentazione allegata devono essere sottoscritte con le modalità indicate ai punti a) e b) dell'art. 5 dell'Avviso.

Si prende, altresì, atto che:

Il Titolare del trattamento dei dati è l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Oristano, con sede in Via Canalis n. 11, 09170 Oristano, che agisce per il tramite del Consiglio Direttivo, nella persona del Presidente pro tempore.