



Ordine Interprovinciale della Professione di Ostetrica di Catanzaro, Cosenza, Crotone e Vibo Valentia

Via F. Burza, 35 – 88100 Catanzaro tel/fax: 0961/709540

PEC: collegioostetricheczkrvv@arubapec.it

CF: 800004560795

Domanda di partecipazione alla manifestazione di interesse

Per l'affidamento dell'incarico professionale di commercialista

Al Presidente dell'Ordine Interprovinciale della Professione di Ostetrica di Catanzaro,
Cosenza, Crotone e Vibo Valentia

1. DATI DEL PROFESSIONISTA / STUDIO

- Nome e Cognome / Denominazione Studio:

- Luogo e data di nascita:

- Codice fiscale / Partita IVA:

- Indirizzo professionale:

- Telefono:

- E-mail / PEC:

- Iscritto all'Albo dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di:

- Numero di iscrizione:

2. DICHIARAZIONI

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000,

DICHIARA

1. di essere in possesso dei requisiti professionali richiesti dall'avviso;
2. di non trovarsi in alcuna delle cause di esclusione di cui all'art. 94 del D.Lgs. 36/2023;



Ordine Interprovinciale della Professione di Ostetrica di Catanzaro, Cosenza, Crotone e Vibo Valentia

Via F. Burza, 35 – 88100 Catanzaro tel/fax: 0961/709540

PEC: collegioostetricheczkrvv@arubapec.it

CF: 800004560795

3. di essere in regola con gli obblighi contributivi, previdenziali e fiscali;
4. di non aver riportato condanne penali che impediscano l'instaurazione di rapporti con la Pubblica Amministrazione;
5. di aver preso visione dell'avviso di manifestazione d'interesse e di accettarne integralmente il contenuto;
6. di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR.

3. ESPERIENZE PROFESSIONALI RILEVANTI

(Indicare incarichi svolti per enti pubblici, ordini professionali o amministrazioni similari)

4. PREVENTIVO ECONOMICO

(Indicare importo complessivo annuo, con eventuale dettaglio delle prestazioni)

5. ALLEGATI

- Curriculum vitae aggiornato
- Copia documento di identità
- Eventuale ulteriore documentazione ritenuta utile

Firma del professionista

Luogo e data: _____

Firma: _____