

Fac-simile domanda di partecipazione

Alla Società  
**FARMACIE COMUNALI FVG S.p.A.**  
Via Gabelli, n. 4  
33080 PORCIA (PN)

**OGGETTO:** Domanda di partecipazione per il conferimento di un incarico professionale di consulenza ed assistenza in materia fiscale e tributaria.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale n. \_\_\_\_\_  
tel. n. \_\_\_\_\_ fax n. \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

CHIEDE

di partecipare alla procedura per il conferimento dell'incarico in oggetto.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo decreto, nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- che i dati forniti nella presente domanda e nei suoi allegati rispondono al vero;
- di essere cittadino/a \_\_\_\_\_;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di non aver riportato condanne penali che escludono dall'elettorato attivo e che impediscono l'esercizio della professione;
- di non essere stato/a destituito/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- di non trovarsi in conflitto di interessi, anche potenziale, la Società;
- di non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni nell'interesse della Società;

- di essere iscritto/a all'Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili dalla data del \_\_\_\_\_;
- di accettare tutte le condizioni previste nell'avviso pubblico in oggetto;
- di voler ricevere tutte le comunicazioni inerenti la presente selezione al seguente recapito, impegnandosi a comunicare ogni variazione dello stesso e sollevando la Società da ogni responsabilità, in caso di irreperibilità del destinatario:

Destinatario \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_  
 Città: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 Tel. n. \_\_\_\_\_ Fax n. \_\_\_\_\_  
 e-mail: \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

- di autorizzare la Società Farmacie Comunali FVG S.p.A., ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche, al trattamento dei propri dati personali raccolti, anche a mezzo di strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

**Allega:**

- copia fotostatica documento riconoscimento;
- curriculum datato e sottoscritto