

OGGETTO: Domanda di partecipazione per il conferimento di un incarico professionale per la redazione di una perizia di stima asseverata di due immobili siti in Cagliari nella Via Fara, 10/12 e nella Via S. Efisio, 60/62.

Il/Lasottoscritto/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 selettiva 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, con l'Istituto dei Ciechi della Sardegna;
- di non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di consulenza nell'interesse dell'Ente;
- di essere iscritto/a all'Ordine \_\_\_\_\_ al num. \_\_\_\_\_ dalla data del \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso di esperienza professionale qualificata nell'attività del presente avviso dimostrata dalla redazione di almeno n. 2 perizie di stima in tema di valutazione di immobili, come da curriculum allegato;
- 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 l'Istituto dei Ciechi della Sardegna da ogni responsabilità, in caso di irreperibilità del destinatario:

Destinatario \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. n. \_\_\_\_\_ Fax n. \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

– di autorizzare l’Istituto dei Ciechi della Sardegna, 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