

ALLEGATO B – Dichiarazione di possesso dei requisiti

Da compilare in tutte le sue parti e restituire con le modalità indicate all'art. 8 dell'avviso.

SPETTABILE
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI DI COMO
Viale Masia n. 30 – 22100 COMO (Co)
PEC: segreteria.co@pec.omceo.it

AVVISO PUBBLICO PER MANIFESTAZIONE D'INTERESSE FINALIZZATA AL CONFERIMENTO DI INCARICO PROFESSIONALE DI "RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DATA PROTECTION OFFICER – DPO)" PER IL PERIODO DAL 01/01/2025 AL 31/12/2028

Dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000

Il sottoscritto _____

nato a _____ (____) il _____

C.F.: _____ n° doc. identità _____

In qualità di professionista/legale rappresentante di _____

Natura Giuridica: _____

Sede legale: _____

Codice fiscale/Partita IVA _____

Indirizzo _____

tel. _____ cell. _____

PEC _____

pienamente consapevole della responsabilità penale cui va incontro ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci

dichiara ed attesta sotto la propria responsabilità:

1. di essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 6 dell'avviso del quale la presente dichiarazione costituisce allegato;

2. di poter documentare ove richiesto dall'Amministrazione il possesso dei requisiti di cui all'art.6 dell'avviso;
3. di aver preso visione e di comprendere tutte le condizioni di partecipazione riportate nell'avviso del quale la presente dichiarazione costituisce allegato;
4. di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nell'avviso pubblicato e nei suoi allegati;

Luogo e data: _____

Firma _____