

Al Direttore Generale
dell' Azienda Ospedaliero
Universitaria di Sassari
Via Michele Coppino, 26
07100 Sassari (SS)

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER L'ISTITUZIONE DI UN ELENCO RISTRETTO (SHORT LIST) PER L'EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICHI PROFESSIONALI PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI SPECIALISTICI IN MATERIA DI FISCALITA' PASSIVA VOLTI ALLA MATURAZIONE DI RISPARMI E RECUPERI DI CREDITI D'IMPOSTA IN MATERIA DI IRES, IRAP E IVA DA PARTE DELL'AOU DI SASSARI.

Il Sottoscritto professionista (in caso di persona fisica) _____ nato a _____ il ___/___/___ codice fiscale _____ nella sua qualità di _____ con sede legale a _____ (___) in Via _____ Codice Fiscale e Partita IVA _____;

oppure

La Ditta/Società (in caso di persona giuridica) _____ con sede legale a _____ (___) in Via _____ Codice Fiscale e Partita IVA _____
in persona del legale Rappresentante pro tempore nato a _____ il ___/___/___ codice fiscale _____

chiede

di essere ammesso/a a partecipare alla procedura finalizzata alla creazione di un **ELENCO RISTRETTO (SHORT LIST) PER L'EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICHI PROFESSIONALI PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI SPECIALISTICI IN MATERIA DI FISCALITA' PASSIVA VOLTI ALLA MATURAZIONE DI RISPARMI E RECUPERI DI CREDITI D'IMPOSTA IN MATERIA DI IRES, IRAP E IVA DA PARTE DELL'AOU DI SASSARI, SECONDO QUANTO STABILITO NELL'APPOSITA CONVENZIONE.**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

- 1 - che la Ditta/Società è iscritta nel Registro delle Imprese istituito presso la Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di _____ al n. _____ Data iscrizione ___/___/___ (da

compilarsi in caso di persone giuridiche);

oppure

- che il professionista _____ iscritto all'albo professionale al n. _____ data iscrizione __/__/____ (da compilarsi in caso di persone fisiche);

2 che la sede legale della società/ditta/studio è sita a _____(____) in Via _____ CAP _____;

3 di essere cittadino italiano;

4 di godere dei diritti civili e politici;

5 di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____;

6 di non aver riportato condanne penali,

7 di non versare in situazioni di incompatibilità nonché di conflitto di interessi con l'Azienda;

8 di indicare il domicilio presso il quale dovrà, ad ogni effetto, essere fatta ogni necessaria comunicazione inerente il presente avviso, il recapito telefonico ed indirizzo e-mail;

9 di riconoscere ed accettare che l'eventuale incarico avrà validità non inferiore alla durata del progetto;

10 di riconoscere ed accettare che l'iscrizione nella short list non comporta alcun diritto ad essere affidatari di incarichi da parte dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Sassari né, tantomeno, il diritto ad ottenere alcuna remunerazione, pertanto l'inserimento in detto elenco non avrà alcun valore vincolante per l'affidamento dell'incarico;

Si Allegano alla presente:

- 1) curriculum formativo professionale datato e firmato;
- 2) elenco dei documenti e dei titoli presentati;
- 3) convenzione controfirmata in ogni sua pagina;
- 4) dettaglio esperienze maturate nella stessa materia negli ultimi 3 anni;
- 5) copia documento d'identità in corso di validità;
- 6) _____.

Sassari _____

Data _____

Firma
