

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____

nato a _____

il _____, residente in _____

Via _____ n. _____

C.F. _____ P.IVA _____

tel. _____ fax _____

e-mail _____ PEC _____

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. citato per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- di essere a piena conoscenza e accettare che la presente richiesta di iscrizione nell'Elenco Medici competenti coordinatori di AMOS S.C.R.L. comporta l'accettazione di tutte le clausole di cui all'Avviso relativo alla manifestazione di interesse per l'inserimento in Elenco Medici competenti coordinatori di AMOS S.C.R.L. e nel Codice Etico di AMOS S.C.R.L. adottato ai sensi del Decreto Legislativo n. 231 dell'8 giugno 2001 e s.m.i.;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente il sopraggiungere di nuove condizioni ostative al mantenimento dell'iscrizione in Elenco;
- di autorizzare al trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR n. 2016/679 e del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i.

Data

Firma Professionista

