



Settore servizi alla persona
Socio Sanitario – Pubblica Istruzione

Allegato A)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI REVISORE CONTABILE INDIPENDENTE PER LA VERIFICA E CERTIFICAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE NELL'AMBITO DEL PROGETTO SPRAR (SISTEMA DI PROTEZIONE PERRICHIEDENTI ASILO E RIFUGIATI) DI CUI AL D.M. 10 AGOSTO 2016 A VALERE SUL FONDONAZIONALE PER LE POLITICHE E I SERVIZI DELL'ASILO – COMUNE DI ANDRIA

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____
(nel caso di società di servizi o di revisione contabile deve essere indicato il nome del professionista incaricato)
nato/a a _____ prov. _____ il _____ / _____ / _____
e residente a _____ prov. _____
via/piazza _____ n° _____ CAP _____
Partita IVA _____ Codice Fiscale _____
e-mail _____ tel _____
indirizzo Pec _____ fax _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione per soli titoli per l'affidamento del servizio di revisore contabile indipendente per la verifica e certificazione delle spese relative al progetto S.P.R.A.R. di cui al D.M. 10/08/2016 annualità 2017-2018-2019, finanziato al Comune di Andria, denominato COME.TE e gestito dall'ente gestore: Migrantes Liberi Cooperativa Sociale
A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole della responsabilità penale e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci a norma dell'art. 75 e 76 del citato D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

- di essere cittadino/a _____
- di godere dei diritti civili e politici;
- non essere incorso nella destituzione, dispensa, decadenza o licenziamento da precedente
- impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- di non trovarsi in alcuna causa di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016 né in ogni altra situazione che determini l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione, ivi inclusa la causa interdittiva di cui all'art. 53, comma 16_ter, del D.lgs. n. 165/2001;
- di non trovarsi in alcuna condizione di incompatibilità o di conflitto di interessi con il Comune di Andria, e con l'ente gestore del progetto.
- di essere attualmente iscritto (*barrare la casella che interessa*):
 - al Registro dei Revisori tenuto presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze al numero _____;
 - all'Albo dei Revisori dei conti degli enti locali tenuto presso il Ministero dell'Interno al numero _____;



Settore servizi alla persona
Socio Sanitario – Pubblica Istruzione

- di essere:
 Socio della Società di Servizi o di Revisione contabile
con sede a _____

P.IVA _____

e di essere munito di formale delega per la sottoscrizione della documentazione in nome e per conto della suddetta Società;

- di essere in possesso dei seguenti titoli previsti dall'art.6 "Criteri e Modalità di selezione" dell'Avviso pubblico:

Esperienza presso una Pubblica Amministrazione con l'incarico di Revisore dei Conti:

- P.A. Committente _____ dal _____ al _____
(giorno, mese ed anno)
- P.A. Committente _____ dal _____ al _____
(giorno, mese ed anno)
- P.A. Committente _____ dal _____ al _____
(giorno, mese ed anno)
- P.A. Committente _____ dal _____ al _____
(giorno, mese ed anno)
- P.A. Committente _____ dal _____ al _____
(giorno, mese ed anno)

2. Incarico di Revisore contabile nell'ambito dei programmi/progetti cofinanziati da Fondi europei, ministeriali o regionali di importo almeno pari ad € 250.000,00:

- Committente _____ Progetto _____
dal _____ al _____ importo finanziamento _____
(giorno, mese ed anno)
- Committente _____ Progetto _____
dal _____ al _____ importo finanziamento _____
(giorno, mese ed anno)
- Committente _____ Progetto _____
dal _____ al _____ importo finanziamento _____
(giorno, mese ed anno)
- Committente _____ Progetto _____
dal _____ al _____ importo finanziamento _____
(giorno, mese ed anno)
- Committente _____ Progetto _____
dal _____ al _____ importo finanziamento _____
(giorno, mese ed anno)

3. Esperienza specifica di revisione contabile nell'ambito di progetti SPRAR:

- Committente _____
Progetto _____ dal _____ al _____
(giorno, mese ed anno)
- Committente _____
Progetto _____ dal _____ al _____
(giorno, mese ed anno)
- Committente _____



CITTÀ
DI ANDRIA

*Settore servizi alla persona
Socio Sanitario – Pubblica Istruzione*

Progetto _____ dal _____ al _____
(giorno, mese ed anno)

- che i dati anagrafici e le dichiarazioni relative alle esperienze professionali maturate corrispondono al vero;
- di impegnarsi a svolgere la prestazione secondo i termini e modalità previsti dal Manuale Unico di rendicontazione SPRAR;
- di aver preso visione dei contenuti dell'Avviso pubblico e di accettarlo integralmente e incondizionatamente.

Allegati obbligatori:

- fotocopia di valido documento di identità del sottoscrittore (*se la presente domanda non è firmata digitalmente*);
- formale delega per la sottoscrizione della documentazione in nome e per conto della succitata Società _____ (*nel caso di professionista incaricato da società di servizi o di revisione contabile*).

Luogo e data _____ Firma