

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____

nato a _____

il _____, residente in _____

Via _____ n. _____

CF _____ P.IVA _____

in qualità di: Libero professionista Titolare dello Studio Associato _____ Componente dello Studio Associato _____

Studio associato in _____

Via _____ n. _____

tel. _____ fax _____

E-mail _____ PEC _____

 in nome e per conto proprio in nome e per conto proprio e dello Studio Associato _____

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 la richiesta di iscrizione nell'Elenco di terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva 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 di terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva di AMOS S.C.R.L. e nel Codice Etico di AMOS S.C.R.L. adottato ai sensi del Decreto Legislativo n. 231 del 8 giugno 2001 e s.m.i.;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente il sopraggiungere di nuove condizioni ostative al mantenimento dell'iscrizione in Elenco.

Data

Firma Professionista/Titolare Studio Associato

