



Società della Salute della Toscana



## SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

**Allegato B) Determinazione dirigenziale n. 37 del 15/12/2025**

### **Schema di domanda e autocertificazione**

**Alla Direttrice**

**Società della Salute Alta Val d'Elsa  
Via Salceto, 99  
53036 – Poggibonsi (Si)**

Il/La sottoscritto/a....., dopo aver visionato l'avviso per l'affidamento di un incarico professionale in ambito contabile, fiscale e tributario della Società della Salute della Zona Alta Val d'Elsa, chiede di essere ammesso/a alla manifestazione d'interesse per l'affidamento del suddetto incarico professionale.

*Ai sensi e per gli effetti previsti dal D.P.R. n. 445 del 28.12.2000*

### **DICHIARA**

*Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 in caso di dichiarazioni non veritieri:*

- *di essere nato/a.....il.....;*
- *di risiedere attualmente a.....cap.....;*
- *in via.....n° .....*
- *n. di telefono.....;*
- *mail..... indirizzo P.E.C.....;*
- *codice fiscale.....;*
- *di avere cittadinanza.....;*
- *di non avere conflitto di interessi con la Società della Salute della Zona Alta Val d'Elsa;*
- *di non essere in condizioni che limitano o escludano, a norma di legge, la capacità di contrattare con la Pubblica Amministrazione;*
- *di non avere riportato condanne penali e non avere procedimenti pendenti;*
- *di non aver raggiunto i limiti anagrafici e/o contributivi per il collocamento a riposo.*

*Relativamente ai REQUISITI OBBLIGATORI di partecipazione DICHIARA inoltre:*



Società della Salute della Toscana



## SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

- a) di essere iscritto all'Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili (ODCEC) (specificare se sezione A o sezione B) dalla data .....(almeno 5 anni al 29/12/2025);
- b) di essere in possesso della partita IVA n. ....;
- c) di essere in possesso di una polizza assicurativa per la copertura della responsabilità professionale in conseguenza dello svolgimento delle attività di cui all'articolo 2 dell'Avviso;
- d) di essere in possesso di abilitazione all'apposizione del visto di conformità sulle dichiarazioni Redditi SC ai sensi dell'art. 35 del D.Lgs. n. 241/1997;

Il sottoscritto DICHIARA altresì:

- di essere a conoscenza che l'eventuale assegnazione dell'incarico non comporta l'instaurazione di alcun rapporto di lavoro subordinato con la Società della Salute della Zona Alta Val d'Elsa;
- di accettare tutte le indicazioni dell'avviso e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione della procedura e degli adempimenti consequenti;

Ai fini dell'attribuzione dei punteggi di cui all'articolo n. 5 dell'Avviso dichiara che:

a) data di iscrizione all'Ordine professionale.....;

b.1) esperienza di consulenza nel settore della Società della Salute dal.....al.....;  
(indicare gli enti committenti, numeri e date degli atti di affidamento)  
.....;

b.2) numero di contratti di consulenza con le Società della Salute.  
(indicare i numeri di archiviazione dei contratti)  
.....;

c.1) esperienza di consulenza con enti del Servizio Sanitario.  
dal.....al.....;  
(indicare gli enti committenti, numeri e date degli atti di affidamento)  
.....;

c.2) numero di contratti di consulenza con enti del Servizio Sanitario.  
(indicare i numeri di archiviazione dei contratti)  
.....;



Società della Salute della Toscana



## SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

d.1) esperienza di consulenza documentata con altri enti pubblici.

dal.....al.....;

(indicare gli enti committenti, numeri e date degli atti di affidamento)

.....;

d.2) numero di contratti di consulenza con altri enti pubblici.

(indicare i numeri di archiviazione dei contratti)

.....;

### DICHIARA INFINE

- *di essere in possesso – ai fini della partecipazione alla procedura ad evidenza pubblica – dei requisiti di ordine generale, di capacità professionale e tecnico/economica, previsti dall'Avviso pubblico;*
- *di avere letto, compreso, conoscere ed accettare senza riserva alcuna l'Avviso pubblicato dalla Società della Salute Zona Alta Val d'Elsa;*
- *che non sussiste alcuna delle ipotesi previste dall'art. 94-95 del D.Lgs 36/2023 e che tale dichiarazione è resa per sé e per tutti i soggetti contemplati dalla richiamata disposizione;*
- *che non è in corso alcuna procedura concorsuale, prevista dalla legislazione vigente [a titolo esemplificativo: liquidazione coatta amministrativa, concordato preventivo (salvo il caso di concordato con continuità aziendale) fallimento, scioglimento];*

A completamento dei dati sopra riportati, allega fotocopia fronte-retro di valido documento di identità.

Data.....

Firma.....