

**Domanda di iscrizione nell'Albo di professionisti qualificati
istituito da Arezzo Multiservizi srl ai fini dell'affidamento di servizi intellettuali**

Io sottoscritto

C.F.:

P. IVA

nato a il

residente nel Comune di Provincia di

Via/Piazza,

nella mia qualità di

() Professionista singolo

() Legale Rappresentante

() Procuratore, giusta procura generale/speciale in data.....a rogito del notaio

..... rep. N. che si allega in originale o in copia conforme,

della Società (*Denominazione* / *Ragione Sociale*)

.....

con sede legale/ domicilio professionale nel Comune di Provincia

.....Via/piazza.....CAP.....

Codice fiscale

Partita IVA

telefono

mail (obbligatorio)

PEC (obbligatoria)

Cassa Nazionale di Previdenza e

Assistenza.....

codice posizione personale

in alternativa,

INPS – Posizioni contributive

INPS – sede competente

con espresso riferimento

a me medesimo (oppure) alla Società che rappresento

CONSAPEVOLE

delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e altresì del valore negoziale che la presente dichiarazione riveste

CHIEDO

di essere iscritto all'Albo dei Professionisti qualificati istituito da Arezzo Multiservizi srl per l'esecuzione di servizi intellettuali

- **alla Sezione**
- **alla Sub-sezione**
- **alla/ alle Classe/ Classi**

Allego alla presente domanda

- 1) la dichiarazione (Allegato 2) circa il possesso dei requisiti richiesti da Codesta Spettabile Arezzo Multiservizi srl
- 2) il *Curriculum vitae* professionale.

Trattamento dei dati personali

Ai sensi del Regolamento Europeo per la Protezione dei Dati Personali 679/2016 (“General data Protection Regulation”, “GDPR”), del D. Lgs. 30/06/2003 n. 196 (“Codice Privacy”), e delle successive modifiche ed integrazioni, il Titolare del trattamento è Arezzo Multiservizi srl. I dati personali acquisiti verranno utilizzati solo ai fini amministrativi, contabili, finanziari e per l'adempimento di obblighi di legge.

Con la sottoscrizione della presente domanda di iscrizione all'Albo, il Professionista esprime il proprio consenso al predetto trattamento.

LUOGO _____ DATA _____

FIRMA DIGITALE