



ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI
E DEGLI ESPERTI CONTABILI
DI POTENZA

STUDIO DI CONSULENZA COMMERCIALE

DIREZIONALE E DI REVISIONE

**Al Presidente
Consiglio Direttivo
ORDINE DEI FARMACISTI
della provincia di POTENZA**
Via della Chimica, 61
85100 Potenza

OGGETTO: Dichiarazione di accettazione dell'incarico di Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti dell'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI POTENZA - Triennio 2021-2024

Il sottoscritto ROCCO GAETANO TUTINO Nato a POTENZA il 28/02/1972 Residente a POTENZA Via N. SOLE, 59 Codice fiscale TTNRCG72B28G942B Telefono 0971442437 Cellulare 3939134846 Email roccotutino@gmail.com PEC roccogaetano.tutino@pec.commercialisti.it a seguito del conferimento d'incarico come Presidente Collegio Revisori dei Conti dell'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI POTENZA per il Triennio 2021-2024 come da delibera del Consiglio Direttivo del 19/04/2021;

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o esibizione di atti falsi o contenenti dati falsi

DICHIARA

1) di accettare a tutti gli effetti l'incarico di Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti dell'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI POTENZA;

2) che non sussistono nei propri confronti, rispetto all'incarico in oggetto, cause di ineleggibilità o di incompatibilità di cui all'art. 236 o altri impedimenti previsti dagli artt. 235 e 238 del D.Lgs. n. 267/2000 e dall'art. 5, comma 4, del D.M. 15 febbraio 2012 n. 23;

3) di confermare il permanere dei requisiti e dei dati dichiarati al momento della presentazione della domanda di iscrizione all'Elenco dei Revisori dei Conti;

4) di non superare il limite massimo di incarichi di revisore che possono essere contemporaneamente assunti ai sensi dell'art. 238 del D.Lgs. n. 267/2000;

5) che non incorre in alcuna ipotesi di conflitto di interessi all'accettazione della carica di Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti.

Autorizza il trattamento dei dati personali da parte dell'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI POTENZA per gli adempimenti connessi alla presente procedura, nel rispetto di quanto disposto dal Codice in materia di protezione dei dati personali, adottato con D.Lgs. n. 196/2003, come modificato dal D.Lgs. 101/2018 e dal Regolamento UE n. 679/2016.

Allega fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Potenza, addì 26/04/2021

In fede _____

