



**REGIONE BASILICATA**

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO TRIENNALE DEL SERVIZIO DI ORGANIZZAZIONE E REVISIONE CONTABILE DEI BILANCI DI ESERCIZIO DELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE BASILICATA : A.S.P., A.S.M., A.O.R. “SAN CARLO” DI POTENZA E IRCCS-CROB DI RIONERO IN VULTURE E DEL BILANCIO CONSOLIDATO DEL S.S.R.**

**ALLEGATO N. 4**

**MODELLI CURRICULUM VITAE**

**Mod\_cv\_rse**  
Fac simile curriculum **revisore senior esperto**

**I SOTTOSCRITTI VALENDOSI DELLE DISPOSIZIONI DI CUI AGLI ARTT. 46 E SEGG. DEL D.P.R. 445/2000 E CONSAPEVOLI DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL'ART. 76 PER LE IPOTESI DI FALSITA' IN ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI**

**DICHIARANO AI SENSI DEL DPR 445/2000**

informazioni personali	nome e cognome, data di nascita.
Istruzione e formazione	Titoli di studio

- Il suddetto Revisore Senior Esperto ha maturato una esperienza complessiva nella revisione contabile non inferiore a 5 anni (**barrare la casella**)

In particolare, il suddetto Revisore Senior Esperto ha maturato le seguenti esperienze:  
**A)** esperienze di tre anni maturate in incarichi di revisione contabile dei bilanci di Aziende Sanitarie/Ospedaliere pubbliche

esperienze	azienda/ente committente
	qualifica
	descrizione attività
	date di inizio e fine attività

Data

firma del Revisore Senior Esperto

firma del Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Mod\_cv\_rev**  
Fac simile curriculum revisore esperto

**I SOTTOSCRITTI VALENDOSI DELLE DISPOSIZIONI DI CUI AGLI ARTT. 46 E SEGG. DEL D.P.R. 445/2000 E CONSAPEVOLI DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL'ART. 76 PER LE IPOTESI DI FALSITA' IN ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI**

**DICHIARANO AI SENSI DEL DPR 445/2000**

informazioni personali	nome e cognome, data di nascita.
Istruzione e formazione	Titoli di studio

Il suddetto Revisore esperto ha maturato le seguenti esperienze:

**A)** esperienze di tre anni maturate in incarichi di revisione contabile dei bilanci di Aziende Sanitarie/Ospedaliere pubbliche

esperienze	azienda/ente committente
	qualifica
	descrizione attività
	date di inizio e fine attività

Data

firma del Revisore esperto

firma del Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Mod\_cv\_resp**  
Fac simile curriculum **responsabile**

**I SOTTOSCRITTI VALENDOSI DELLE DISPOSIZIONI DI CUI AGLI ARTT. 46 E SEGG. DEL D.P.R. 445/2000 E CONSAPEVOLI DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL'ART. 76 PER LE IPOTESI DI FALSITA' IN ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI**

**DICHIARANO AI SENSI DEL DPR 445/2000**

informazioni personali	nome e cognome, data di nascita, qualifica attuale
Istruzione e formazione	Titoli di studio

- Il suddetto Responsabile ha maturato una esperienza complessiva nella revisione contabile non inferiore a 10 anni (**barrare la casella**)

In particolare, il suddetto Responsabile ha maturato le seguenti esperienze:

**A)** esperienze di tre anni maturate in incarichi di revisione contabile dei bilanci di Aziende Sanitarie/Ospedaliere pubbliche

esperienze	azienda/ente committente
	qualifica
	descrizione attività
	date di inizio e fine attività

Data

firma del Responsabile

firma del Legale Rappresentante