

**FEC 54/2023 PROCEDURA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA
TECNICO SPECIALISTICA DI CARATTERE FISCALE E PREVIDENZIALE-
CONTRIBUTIVA PER LA GIUNTA REGIONALE DELLA LOMBARDIA**

SCHEDA DI SINTESI AIL. 2) – TEAM DI LAVORO ED ESPERIENZE

Autocertificazione ex DPR n. 445/2000

Il sottoscritto _____, C.F. _____, nella sua qualità di legale rappresentante/procuratore
_____ della _____, con sede in _____, via _____, C.A.P.
_____, C.F. _____, partita IVA n. _____, (eventuale) in R.T.I. o Consorzio
costituito/costituendo con le Imprese _____
ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole della sussistenza di responsabilità
penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni non rispondenti a verità e delle relative sanzioni penali,
nonché dell’eventuale diniego di partecipazione alle gare future e della decadenza dall’aggiudicazione

DICHIARA QUANTO SEGUE SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1° componente Manager _____

Titolo di studio _____

Anno di conseguimento abilitazione della libera professione di Dottore Commercialista e Revisore
Legale: _____

N. mesi di esperienza nella revisione contabile

Descrizione:

1)-----

N. mesi di esperienza in servizi analoghi a quelli oggetto del
servizio presso enti del Sistema regionale e/o Comuni e/o
Unioni di Comuni e/o Province e/o Città Metropolitane

Descrizione:

1) -----

1° Senior laureato _____

Titolo di studio _____

Anno di conseguimento abilitazione della libera professione di Dottore Commercialista e Revisore
Legale: _____

N. mesi di esperienza di revisione contabile

Descrizione:

1)

- 1) **Numero di esperienze in servizi di assistenza di carattere fiscale e previdenziale-contributiva per Regioni e/o enti del Sistema regionale e/o Comuni e/o Unioni di Comuni e/o Province e/o Città Metropolitane di un periodo non inferiore a 12 mesi.**

Numero di servizi di assistenza di carattere fiscale e previdenziale-contributiva per Regioni e/o enti del Sistema regionale e/o Province e/o Città Metropolitane; Comuni o Unioni di Comuni con popolazione >= 100.000 abitanti.	Descrizione e destinatario della prestazione: 1) ----- 2) -----
---	---

Numero di esperienze in servizi di carattere fiscale e previdenziale per Comuni e/o Unioni di Comuni con popolazione < 100.000 abitanti.	Descrizione e destinatario della prestazione: 1) ----- 2) -----
---	---

- 2) **Numero di mesi di revisione contabile di Regioni e/o enti del Sistema regionale e/o Comuni e/o Unioni di Comuni e/o Province e/o Città Metropolitane, cumulate da tutti i membri del team di lavoro:**

N. mesi totali _____

- 3) **Eventuali servizi aggiuntivi coerenti con il servizio richiesto - Descrizione:**

- 4) **Eventuali proposte innovative per il miglioramento del servizio – Descrizione:**

Data -----

Firma-----