







Città di Medicina

Comune di Medicina

**SERVIZIO EDILIZIA E URBANISTICA**

Sportello Unico dell'Edilizia

tel. 051 6979208; fax. 051 6979222

sue@pec.comune.medicina.bo.it

**Oggetto: " CONCORSO DI IDEE PER IL RECUPERO E LA VALORIZZAZIONE  
DEL CENTRO STORICO DI VILLA FONTANA"**

**Autocertificazione iscrizione albo professionale**

Il/la sottoscritto/a

nato/a

Prov.

il

residente a

Prov.

CAP

In Via

n°

Tel.

e-mail

@

PEC

@

in qualità di capogruppo, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 consapevole che:

- in caso di dichiarazione mendace o di falsità della sottoscrizione, verranno applicate, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, le sanzioni previste dal Codice penale (art. 483) e dalle leggi penali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative legate all'istanza;
- qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, il sottoscritto decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi di quanto disposto dall'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445;

## DICHIARA

Di essere iscritto all'ordine degli .....della provincia di .....  
al n. ....

Che non sussistono a proprio carico le cause di esclusione dal concorso o le incompatibilità previste dall'art. 4 e 5 del bando.

Data

\_\_\_\_\_

Timbro professionale e Firma

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, alla presente autocertificazione viene allegata fotocopia (chiara e leggibile) di un documento di identità del sottoscrittore.



Città di Medicina

Comune di Medicina  
**SERVIZIO EDILIZIA E URBANISTICA**

Sportello Unico dell'Edilizia  
tel. 051 6979208; fax. 051 6979222  
suc@pec.comune.medicina.bo.it

**Oggetto: " CONCORSO DI IDEE PER IL RECUPERO E LA VALORIZZAZIONE  
DEL CENTRO STORICO DI VILLA FONTANA"**

**Dichiarazione di designazione del capogruppo**

I sottoscritti:

<i>nato/a</i>	<i>Prov.</i>	<i>il</i>
<i>residente a</i>	<i>Prov.</i>	<i>CAP</i>
<i>In Via</i>	<i>n°</i>	<i>Tel.</i>
<i>nato/a</i>	<i>Prov.</i>	<i>il</i>
<i>residente a</i>	<i>Prov.</i>	<i>CAP</i>
<i>In Via</i>	<i>n°</i>	<i>Tel.</i>
<i>nato/a</i>	<i>Prov.</i>	<i>il</i>
<i>residente a</i>	<i>Prov.</i>	<i>CAP</i>
<i>In Via</i>	<i>n°</i>	<i>Tel.</i>
<i>nato/a</i>	<i>Prov.</i>	<i>il</i>
<i>residente a</i>	<i>Prov.</i>	<i>CAP</i>
<i>In Via</i>	<i>n°</i>	<i>Tel.</i>

**DESIGNANO**

Quale CAPOGRUPPO:

<i>nato/a</i>	<i>Prov.</i>	<i>il</i>
<i>residente a</i>	<i>Prov.</i>	<i>CAP</i>
<i>In Via</i>	<i>n°</i>	<i>Tel.</i>

incaricandolo di rappresentarli in ogni e qualsiasi rapporto con il Soggetto Banditore del concorso e attribuendo allo stesso professionista ogni e qualsiasi responsabilità.

Data

\_\_\_\_\_

Firme

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Città di Medicina

Comune di Medicina  
**SERVIZIO EDILIZIA E URBANISTICA**

Sportello Unico dell'Edilizia  
tel. 051 6979208; fax. 051 6979222  
sue@pec.comune.medicina.bo.it

**Oggetto: " CONCORSO DI IDEE PER IL RECUPERO E LA VALORIZZAZIONE  
DEL CENTRO STORICO DI VILLA FONTANA"**

**Dichiarazione dei componenti del gruppo**

I sottoscritti:

<i>(capogruppo)</i>			
nato/a	Prov.		il
residente a	Prov.		CAP
In Via		n°	Tel.
<i>(co-progettista)</i>			
nato/a	Prov.		il
residente a	Prov.		CAP
In Via		n°	Tel.
<i>(collaboratore)</i>			
nato/a	Prov.		il
residente a	Prov.		CAP
In Via		n°	Tel.
<i>(consulente)</i>			
nato/a	Prov.		il
residente a	Prov.		CAP
In Via		n°	Tel.

**DICHIARANO**

sotto la propria diretta e personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, di non trovarsi in nessuna delle cause di esclusione dal **"CONCORSO DI IDEE PER IL RECUPERO E LA VALORIZZAZIONE DEL CENTRO STORICO DI VILLA FONTANA"** o delle cause di incompatibilità previste dall'art. 4 e 5 del Bando in oggetto.

Data

\_\_\_\_\_

Firme

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_