

COMUNE DI FORIO
PROVINCIA DI NAPOLI

C.A.P. 80075

*******UFFICIO TECNICO LAVORI PUBBLICI*******

Tel. 081/ 3332947

MODELLO 4 – ASSOCIAZIONE TEMPORANEA DI PROFESSIONISTI

DOMANDA DI INSERIMENTO NEGLI ELENCHI PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI STUDI DI FATTIBILITÀ, DI PROGETTAZIONE, DI VERIFICA E VALIDAZIONE DELLA PROGETTAZIONE, DI DIREZIONE LAVORI, DI PRESTAZIONE ACCESSORIE, DI COORDINAMENTO PER LA SICUREZZA IN FASE DI PROGETTAZIONE E DI ESECUZIONE, DI SUPPORTO AL R.U.P., DI COLLAUDO TECNICO DELLE STRUTTURE E DEGLI IMPIANTI E DI COLLAUDO TECNICO-AMMINISTRATIVO, DI IMPORTO INFERIORE A € 100.000,00 (ART. 91, COMMA 2, DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 163/06)

Socio mandatario _____

SEDE ATTIVITA' (1)

Denominazione (2) _____

Codice fiscale _____ P.IVA _____

Frazione, Via e n. civico _____

Telefono _____ fax _____ e-mail _____

Cap _____ Comune _____ provincia (o Stato estero) _____

PROFESSIONISTI DELL'ASSOCIAZIONE TEMPORANEA (3)

Cognome e Nome _____ Professione _____

Cognome e Nome _____ Professione _____

Cognome e Nome _____ Professione _____

Cognome e Nome _____ Professione _____

Cognome e Nome _____ Professione _____

Cognome e Nome _____ Professione _____

Cognome e Nome _____ Professione _____

(1) Sede attività socio Mandatario

(2) Inserire denominazione per intero come da atto costitutivo

(3) Per ciascun nominativo indicato in questa pagina deve essere compilato il prospetto informativo della pagina successiva

PROFESSIONISTA ABILITATO DA MENO DI CINQUE ANNI- art. 51, comma 5, DPR 554/99

Cognome e Nome _____ Professione _____

Data _____ Firma _____

PROSPETTO INFORMATIVO

(da compilare per ciascuno dei professionisti associati)

DATI PERSONALI

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Comune (o Città estera) di nascita _____

Provincia (o Stato estero) _____

Codice fiscale _____ P.IVA ⁽⁴⁾ _____

Telefono _____ fax _____ Cellulare _____ e-mail _____

TITOLI

Titolo di studio _____

Anno abilitazione _____ iscritto all'Ordine/Collegio dei/degli: _____

della Provincia⁽⁵⁾ di: _____ N. Iscriz. _____

POSSESSO DEI REQUISITI ARTT. 10 E 19 D. L. VO N. 494/96 E S.M.

Coordinatore per la Sicurezza nei Cantieri SI _____ No _____ ⁽⁶⁾

Data _____ Firma _____

⁽⁴⁾ Solo se facenti parte dell'Associazione Temporanea a fatturazione separata

⁽⁵⁾ In caso di Ordini o Collegi a suddivisione regionale, inserire la regione.

⁽⁶⁾ Barrare la casella interessata