

## ALLEGATO 2

### MODELLO – STUDIO ASSOCIATO

**OGGETTO:** ELENCO DEI PROFESSIONISTI PER L’AFFIDAMENTO DEI SERVIZI ATTINENTI ALL’ARCHITETTURA E ALL’INGEGNERIA E DEGLI ALTRI SERVIZI TECNICO-AMMINISTRATIVI DI IMPORTO INFERIORE A 100.000,00 EURO.

#### Domanda di iscrizione

I sottoscritti:

Il/La sottoscritto/a (Nome e Cognome)

Nato/a (Comune e provincia)

Residente in (Via\Strada\Piazza\etc)

n.

COMUNE

PROVINCIA

C.A.P.

è iscritto/a all’Albo (Ordine/Collegio professionale) dei/degli:

della Regione\Provincia

n. di iscrizione

anno d’iscrizione

è in possesso del seguente titolo di studio

conseguito in data

presso

è in possesso della seguente abilitazione

conseguita in data

presso

Il/La sottoscritto/a (Nome e Cognome)

Nato/a (Comune e provincia)

Residente in (Via\Strada\Piazza\etc)

n.

COMUNE

PROVINCIA

C.A.P.

è iscritto/a all'Albo (Ordine/Collegio professionale) dei/degli:

della Regione\Provincia

n. di iscrizione

anno d'iscrizione

è in possesso del seguente titolo di studio

conseguito in data

presso

è in possesso della seguente abilitazione

conseguita in data

presso

Il/La sottoscritto/a (Nome e Cognome)

Nato/a (Comune e provincia)

Residente in (Via\Strada\Piazza\etc)

n.

COMUNE

PROVINCIA

C.A.P.

è iscritto/a all'Albo (Ordine/Collegio professionale) dei/degli:

della Regione\Provincia

n. di iscrizione

anno d'iscrizione

è in possesso del seguente titolo di studio

conseguito in data

presso

è in possesso della seguente abilitazione

conseguita in data

presso

Il/La sottoscritto/a (Nome e Cognome)

Nato/a (Comune e provincia)

Residente in (Via\Strada\Piazza\etc)

n.

COMUNE

PROVINCIA

C.A.P.

è iscritto/a all'Albo (Ordine/Collegio professionale) dei/degli:

della Regione\Provincia

n. di iscrizione

anno d'iscrizione

è in possesso del seguente titolo di studio

conseguito in data

presso

è in possesso della seguente abilitazione

conseguita in data

presso

In qualità di componenti dello Studio Associato:

DENOMINAZIONE

P.IVA

### CHIEDONO

l'iscrizione all'Elenco dei professionisti per l'affidamento di servizi di importo inferiore a centomila euro, per le seguenti tipologie di servizio e fasce di importo:

vedere **ALLEGATO I** *Categorie di servizio*

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i

## DICHIARANO

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, che lo Studio Associato:

ha recapito professionale in (Via\Strada\Piazza\etc)  n.

COMUNE

PROVINCIA

C.A.P.

Tel./Cell.

C.F.

P.IVA:

PEC:

MAIL

non richiede l'iscrizione in Elenco, per la stessa tipologia di Servizio e Fascia di importo, come studio associato e componente di uno o più raggruppamenti temporanei o di un consorzio stabile; dichiarano altresì che non sono amministratori, soci, dipendenti, consulenti o collaboratori di una società di professionisti e/o società che richiede l'iscrizione in Elenco, sotto qualsiasi forma, per la stessa tipologia di Servizio e Fascia di importo;

possiede, per l'iscrizione nelle tipologie di servizio di Fascia 2, i seguenti requisiti minimi:

- è necessario aver espletato per enti e/o soggetti pubblici o privati, nel quinquennio antecedente l'anno in cui viene presentata la domanda di iscrizione nell'Elenco, ovvero nel minor periodo di attività, incarichi relativi alla tipologia di servizio per la quale si richiede l'iscrizione, riferiti a lavori di importo non inferiore ad Euro 1.000.000,00;

**oppure**

- è necessario aver conseguito, a seguito di incarichi ricevuti da enti e/o soggetti pubblici o privati, nel quinquennio antecedente l'anno in cui viene presentata la domanda di iscrizione nell'Elenco, ovvero nel minor periodo di attività, un fatturato, riferito alla tipologia di servizio per la quale si richiede l'iscrizione, non inferiore ad Euro 50.000,00

come risultanti dall'allegato *curriculum professionale in formato europeo*, corredato dalla Tabella riassuntiva dei servizi (allegato 4 del Regolamento).

Le prestazioni inerenti le tipologie di servizio e fascia di importo per le quali si richiede l'iscrizione saranno eseguite dai seguenti Professionisti incaricati in possesso dei seguenti titoli di studio, abilitazione e iscrizione ad Ordini/Collegi:

Nome, Cognome e C.F., Titolo di Studio,  
Abilitazione Iscrizione Ordine/Collegio

Nome, Cognome e C.F., Titolo di Studio,  
Abilitazione Iscrizione Ordine/Collegio

Nome, Cognome e C.F., Titolo di Studio,  
Abilitazione Iscrizione Ordine/Collegio

Allega alla presente le dichiarazioni di cui al modello DGUE e copia del documento di identità del sottoscrittore.

Il sottoscrittore dichiara di avere preso visione e accettare il regolamento dell'Elenco Professionisti oggetto della presente procedura nonché del Codice di Comportamento approvato con D.P.R. n. 62/2013 e del Codice di Comportamento adottato dal Consorzio con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 6 in data 9 marzo 2015, tutti pubblicati sul sito [www.capmodena.it](http://www.capmodena.it)

Il sottoscrittore dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali resa ai sensi del regolamento UE 679/2016 e dell D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii., pubblicato sul sito [www.capmodena.it](http://www.capmodena.it)

Firma (e timbro laddove posseduto)

---

---

---

---