



 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"**

Domanda di partecipazione al concorso

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

Domanda di partecipazione al concorso

<i>Il/la sottoscritto/a</i>		<i>Prov.</i>	<i>il</i>
<i>nato/a</i>			
<i>residente a</i>		<i>Prov.</i>	<i>CAP</i>
<i>In Via</i>		<i>n°</i>	<i>Tel.</i>
<i>e-mail</i>		@	
<i>PEC</i>		@	
<i>Iscritto all'Albo/Ordine degli</i>	<i>della Provincia di</i>	<i>al num.</i>	
<i>Codice fiscale</i>			

[illegible]

Il/la sottoscritto/a _____
 nato/a _____ Prov. _____ il _____
 residente a _____ Prov. _____ CAP _____
 In Via _____ n° _____ Tel. _____
 e-mail _____ @ _____
 PEC _____ @ _____
 Iscritto all'Albo/Ordine degli _____ della Provincia di _____ al num. _____
 Codice fiscale _____

[illegible]

<i>Il/la sottoscritto/a</i>		<i>Prov.</i>	<i>il</i>
<i>nato/a</i>			
<i>residente a</i>		<i>Prov.</i>	<i>CAP</i>
<i>In Via</i>		<i>n°</i>	<i>Tel.</i>
<i>e-mail</i>		@	
<i>PEC</i>		@	
<i>Iscritto all'Albo/Ordine degli</i>	<i>della Provincia di</i>	<i>al num.</i>	
<i>Codice fiscale</i>			

I/l/a sottoscritto/a

nato/a _____ *Prov.* _____ *il* _____

residente a _____ *Prov.* _____ *CAP* _____

In Via _____ *n°* _____ *Tel.* _____

e-mail _____ @ _____

PEC _____ @ _____

Iscritto all'Albo/Ordine degli _____ *della Provincia di* _____ *al num.* _____

Codice fiscale [][][][][][][][][][][][][][][]

<i>Il/la sottoscritto/a</i>		<i>Prov.</i>	<i>il</i>
<i>nato/a</i>			
<i>residente a</i>		<i>Prov.</i>	<i>CAP</i>
<i>In Via</i>		<i>n°</i>	<i>Tel.</i>
<i>e-mail</i>		@	
<i>PEC</i>		@	
<i>Iscritto all'Albo/Ordine degli</i>	<i>della Provincia di</i>	<i>al num.</i>	
<i>Codice fiscale</i>			

<i>Il/la sottoscritto/a</i>		<i>Prov.</i>	<i>il</i>
<i>nato/a</i>			
<i>residente a</i>		<i>Prov.</i>	<i>CAP</i>
<i>In Via</i>		<i>n°</i>	<i>Tel.</i>
<i>e-mail</i>		@	
<i>PEC</i>		@	
<i>Iscritto all'Albo/Ordine degli</i>	<i>della Provincia di</i>	<i>al num.</i>	
<i>Codice fiscale</i>			

In qualità di	☐ concorrente singolo
	☐ rappresentante di un raggruppamento temporaneo di professionisti
	☐ legale rappresentante della società
	con sede legale in

- | | |
|---------------|---|
| In qualità di | ☐ concorrente singolo |
| | ☐ rappresentante di un raggruppamento temporaneo di professionisti |
| | ☐ legale rappresentante della società |
| | con sede legale in |

In qualità di	☐ concorrente singolo
	☐ rappresentante di un raggruppamento temporaneo di professionisti
	☐ legale rappresentante della società
	con sede legale in

con la presente

CHIEDE

di partecipare al concorso di idee di cui all'oggetto indetto da codesta amministrazione.

Timbro professionale e Firma

Informativa sul trattamento dei dati personali (D.Lgs. 196/2003 – Codice in materia di protezione dei dati personali)
 I dati personali raccolti con il presente modello sono trattati dal Comune di Medicina esclusivamente nell'ambito delle proprie finalità istituzionali per i dati comuni e in caso di dati sensibili per rilevanti finalità di interesse pubblico previste da leggi o da provvedimenti del Garante. I dati possono essere comunicati ad altri soggetti o diffusi, se necessario, per le medesime finalità.
 Le operazioni di trattamento (raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione di dati) sono eseguite da personale comunale o da altri soggetti autorizzati, di norma con mezzi elettronici o automatizzati e seguendo i principi di liceità, correttezza, pertinenza e non eccedenza. L'interessato può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2006 in particolare: ha diritto di verificare l'esistenza presso il Comune di Medicina di suoi dati personali e le modalità di trattamento; può inoltre chiederne la cancellazione, l'aggiornamento o per motivi legittimi opporsi al trattamento o chiederne il blocco. L'istanza per l'esercizio dei diritti può essere trasmessa mediante lettera raccomandata, telefax o posta elettronica o consegnata direttamente al Servizio Edilizia e Urbanistica.

Informativa sul trattamento dei dati personali (D.Lgs. 196/2003 – Codice in materia di protezione dei dati personali)
 I dati personali raccolti con il presente modello sono trattati dal Comune di Medicina esclusivamente nell'ambito delle proprie finalità istituzionali per i dati comuni e in caso di dati sensibili per rilevanti finalità di interesse pubblico previste da leggi o da provvedimenti del Garante. I dati possono essere comunicati ad altri soggetti o diffusi, se necessario, per le medesime finalità.
 Le operazioni di trattamento (raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione di dati) sono eseguite da personale comunale o da altri soggetti autorizzati, di norma con mezzi elettronici o automatizzati e seguendo i principi di liceità, correttezza, pertinenza e non eccedenza. L'interessato può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2006 in particolare: ha diritto di verificare l'esistenza presso il Comune di Medicina di suoi dati personali e le modalità di trattamento; può inoltre chiederne la cancellazione, l'aggiornamento o per motivi legittimi opporsi al trattamento o chiederne il blocco. L'istanza per l'esercizio dei diritti può essere trasmessa mediante lettera raccomandata, telefax o posta elettronica o consegnata direttamente al Servizio Edilizia e Urbanistica.

Informativa sul trattamento dei dati personali (D.Lgs. 196/2003 – Codice in materia di protezione dei dati personali)
 I dati personali raccolti con il presente modello sono trattati dal Comune di Medicina esclusivamente nell'ambito delle proprie finalità istituzionali per i dati comuni e in caso di dati sensibili per rilevanti finalità di interesse pubblico previste da leggi o da provvedimenti del Garante. I dati possono essere comunicati ad altri soggetti o diffusi, se necessario, per le medesime finalità.
 Le operazioni di trattamento (raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione di dati) sono eseguite da personale comunale o da altri soggetti autorizzati, di norma con mezzi elettronici o automatizzati e seguendo i principi di liceità, correttezza, pertinenza e non eccedenza. L'interessato può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2006 in particolare: ha diritto di verificare l'esistenza presso il Comune di Medicina di suoi dati personali e le modalità di trattamento; può inoltre chiederne la cancellazione, l'aggiornamento o per motivi legittimi opporsi al trattamento o chiederne il blocco. L'istanza per l'esercizio dei diritti può essere trasmessa mediante lettera raccomandata, telefax o posta elettronica o consegnata direttamente al Servizio Edilizia e Urbanistica.

Dati degli altri componenti del gruppo (Da compilare in caso di più soggetti e più tecnici)

(Da compilare in caso di più soggetti e più tecnici)

Il/là sottoscritto/a

<i>nato/a</i>	Prov.	il
<i>residente a</i>	Prov.	CAP
In Via	n°	Tel.
e-mail	@	
PEC	@	
Iscritto all'Albo/Ordine degli	della Provincia di	al num.
Codice fiscale	[][][][][][][][][][][][][][][]	

Il/la sottoscritto/a			
nato/a	Prov.		il
residente a	Prov.		CAP
In Via	n°		Tel.
e-mail	@		
PEC	@		
Iscritto all'Albo/Ordine degli		della Provincia di	al num.
Codice fiscale			

<i>Il/la sottoscritto/a</i>		<i>Prov.</i>	<i>il</i>
<i>nato/a</i>			
<i>residente a</i>	<i>Prov.</i>	<i>CAP</i>	
<i>In Via</i>	<i>n°</i>	<i>Tel.</i>	
<i>e-mail</i>	@		
<i>PEC</i>	@		
<i>Iscritto all'Albo/Ordine degli</i>	<i>della Provincia di</i>	<i>al num.</i>	
<i>Codice fiscale</i>			

<i>Il/la sottoscritto/a</i>		<i>Prov.</i>	<i>il</i>
<i>nato/a</i>			
<i>residente a</i>	<i>Prov.</i>	<i>CAP</i>	
<i>In Via</i>	<i>n°</i>	<i>Tel.</i>	
<i>e-mail</i>	@		
<i>PEC</i>	@		
<i>Iscritto all'Albo/Ordine degli</i>	<i>della Provincia di</i>	<i>al num.</i>	
<i>Codice fiscale</i>			



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 deglidella 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.



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 di designazione del capogruppo

I sottoscritti:

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

DESIGNANO

Quale CAPOGRUPPO:

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

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:

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

