COMUNE DI ISCHIA
PROVINCIA DI NAPOLI

C.A.P. 80077

*****UFFICIO TECNICO*****

Tel. 081/ 3333111

MODELLO 5 – SOCIETA' DI INGEGNERIA - CONSORZI STABILI

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)

SOCIETA' - CONSORZIO STABILE

Denominazione ⁽¹⁾ _____

Codice fiscale _____ P.IVA _____

Frazione, Via e n. civico _____

Telefono _____ fax _____ e-mail _____

Cap _____ Comune _____ provincia (o Stato estero) _____

LEGALE RAPPRESENTANTE

Cognome _____ Nome _____

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

Provincia (o Stato estero) _____

Codice fiscale _____ P.IVA _____

PROFESSIONISTI, SOCI, DIPENDENTI O COLLABORATORI ABILITATI⁽²⁾

Cognome e Nome _____ Professione _____

⁽¹⁾ Inserire denominazione per intero come da atto costitutivo

⁽²⁾ Per ciascun nominativo indicato in questa pagina deve essere compilato il prospetto informativo della pagina successiva

Cognome e Nome _____ Professione _____

Cognome e Nome _____ Professione _____

Cognome e Nome _____ Professione _____

DIRETTORE TECNICO DELLA SOCIETA' DI INGEGNERIA

Cognome e Nome _____ Professione _____

Data _____ Firma _____

Allegare alla presente l'Atto costitutivo

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 (*) _____

Telefono _____ fax _____ Cellulare _____ e-mail _____

TITOLI

Titolo di studio _____

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

della Provincia⁽²⁾ 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 _____ (3)

Data _____ Firma _____

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

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

(3) Barrare la casella interessata