



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**

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

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.

Data

\_\_\_\_\_

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.

## Dati degli altri componenti del gruppo

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

<i>Il/la sottoscritto/a</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>e-mail</i> .....	<i>@</i> .....	.....
<i>PEC</i> .....	<i>@</i> .....	.....
<i>Iscritto all'Albo/Ordine degli</i> .....	<i>della Provincia di</i> .....	<i>al num.</i> .....
<i>Codice</i> .....	.....	

<i>Il/la sottoscritto/a</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>e-mail</i> .....	<i>@</i> .....	.....
<i>PEC</i> .....	<i>@</i> .....	.....
<i>Iscritto all'Albo/Ordine degli</i> .....	<i>della Provincia di</i> .....	<i>al num.</i> .....
<i>Codice</i> .....	.....	

<i>Il/la sottoscritto/a</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>e-mail</i> .....	<i>@</i> .....	.....
<i>PEC</i> .....	<i>@</i> .....	.....
<i>Iscritto all'Albo/Ordine degli</i> .....	<i>della Provincia di</i> .....	<i>al num.</i> .....
<i>Codice</i> .....	.....	

<i>Il/la sottoscritto/a</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>e-mail</i> .....	<i>@</i> .....	.....
<i>PEC</i> .....	<i>@</i> .....	.....
<i>Iscritto all'Albo/Ordine degli</i> .....	<i>della Provincia di</i> .....	<i>al num.</i> .....
<i>Codice</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 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  
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:

..... <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

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