



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE**
Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"
Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94
Cod. fiscale/P.I 11632570013
Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino
☎ 011/5661566 ☎ 011/4393111

Procedura aperta per l'affidamento dei servizi di ingegneria e architettura di progettazione di fattibilità tecnica ed economica per la realizzazione del Nuovo Ospedale per l'Asl Città di Torino.

C.U.P. F15F22001210005 - C.I.G: A001AA098E



<i>S.C. Tecnico Area Ospedaliera</i>	<i>Disciplinare di gara</i>	<i>Luglio 2023</i>
		<i>Rev.</i>
	<i>Allegato A04 Modello dichiarazione titoli di studio</i>	<i>Rev.</i>
		<i>Il RUP Ing. Maria Teresa Lombardi</i>

DICHIARAZIONE TITOLI DI STUDIO E ABILITAZIONI

SPETT.LE
AZIENDA SANITARIA LOCALE
"CITTÀ DI TORINO"
VIA SAN SECONDO, 29
10128 – TORINO (TO)

OGGETTO: GARA N. 08/02.10/2023. PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEI SERVIZI DI INGEGNERIA E ARCHITETTURA DI PROGETTAZIONE DI FATTIBILITÀ TECNICA ED ECONOMICA PER LA REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE TORINO NORD DELL’ASL CITTÀ DI TORINO PER LA REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE TORINO NORD DELL’ASL CITTÀ DI TORINO. CIG: A001AA098E. CUP: F15F22001210005.

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

C. F. _____

residente in _____

ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate, nei suoi riguardi, ai sensi dell’art. 76 dello stesso D.P.R., le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti e dichiarazioni

DICHIARA

di essere in possesso del seguente titolo di studio:

conseguito presso _____

in data _____

di essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione di:

conseguita presso _____

in data _____

di essere iscritto all'Albo/Ordine _____

della provincia di _____

numero iscrizione _____

data iscrizione _____

di essere abilitato ai sensi del D.lgs. n. 81/2008 a svolgere il ruolo di coordinatore della sicurezza in fase di progettazione SI NO

in caso di risposta affermativa: allegare al presente modulo la documentazione attestante il possesso dei requisiti

di possedere la qualifica di professionista antincendio SI NO

in caso di risposta affermativa: allegare al presente modulo la documentazione attestante il possesso dei requisiti

di possedere la qualifica di professionista in acustica SI NO

in caso di risposta affermativa: allegare al presente modulo la documentazione attestante il possesso dei requisiti

di possedere la qualifica di certificatore energetico iscritto nell'elenco dei certificatori energetici della Regione di riferimento SI NO

in caso di risposta affermativa: allegare al presente modulo la documentazione attestante il possesso dei requisiti

di possedere la qualifica di Archeologo iscritto all'Albo professionale (Elenco MIBACT di 1^ fascia) SI NO

in caso di risposta affermativa: allegare al presente modulo la documentazione attestante il possesso dei requisiti

di possedere la qualifica di Geologo iscritto all'Albo professionale SI NO

in caso di risposta affermativa: allegare al presente modulo la documentazione attestante il possesso dei requisiti

_____, li _____

(luogo, data)

Firma

N.B. La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento di identità del sottoscrittore/sottoscrittori.

La presente dichiarazione deve essere resa da ciascun componente del gruppo di lavoro dei professionisti che svolgerà i servizi da affidare.

**La presente copia e' conforme all'originale depositato
presso gli archivi dell'Azienda ASL Citta' di Torino**

4E-07-90-1F-0B-86-A0-ED-F9-60-96-88-54-A6-A8-90-86-ED-53-32

CADES 1 di 1 del 16/08/2023 14:16:30

Soggetto: Maria Teresa Lombardi LMBMTR58E52B885K



Validità certificato dal 31/08/2022 14:39:43 al 02/09/2025 02:00:00

Rilasciato da InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT con S.N. 00BD 4D08
