

(BOLLO € 14,62)

Spett.le AOU
Via Ospedale 54
09124 Cagliari

Il/La sottoscritto/a

nato/a a	prov.	naz.	il
c.f.	p.IVA		
residente a	prov.	indirizzo	
c.a.p.	tel	fax	e-mail:
iscritto a:	della Provincia di		num.

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al concorso di idee per la realizzazione del Blocco R del Policlinico di Monserrato (art. 90, comma 1, e 108, comma 2, del Codice barrare ciò che interessa):

☐ in qualità di singolo professionista/lavoratore subordinato

con studio in	indirizzo
tel.	fax
	e-mail

in qualità di Rappresentante/Capogruppo di:

- ☐ associazione di professionisti;
- ☐ società di professionisti;
- ☐ società di ingegneria;
- ☐ gruppo di prestatori di servizi di ingegneria ed architettura;
- ☐ raggruppamento temporaneo di professionisti;
- ☐ consorzio stabile di società di professionisti e di società di ingegneria;
- ☐ gruppo di lavoratori subordinati;

denominazione	p.IVA
con sede in	cap
	pr.
	naz.

composto/a dai sottoscritti professionisti:

cognome e nome
nato/a a
prov.
naz.
il
c.f.
p.IVA
residente a
pr.
indirizzo
iscritto a:
della Provincia di
num.

in qualità di

cognome e nome

nato/a a	prov.	naz.	il
----------	-------	------	----

c.f.	p.IVA
------	-------

residente a	pr.	indirizzo
-------------	-----	-----------

iscritto a:	della Provincia di	num.
-------------	--------------------	------

in qualità di

(replicare in base alle esigenze)

(nel caso di Consorzio)

composto dalla/dalle seguente/i consorziata/e per le quali il Consorzio concorre:

denominazione/ragione sociale

sede legale	via	p.iva
-------------	-----	-------

Rappresentante legale cognome e nome

nato/a a	prov.	naz.	il
----------	-------	------	----

c.f.	p.IVA
------	-------

residente a	pr.	indirizzo
-------------	-----	-----------

iscritto a:	della Provincia di	num.
-------------	--------------------	------

(replicare in base alle esigenze)

(in riferimento alla consorziata)

composta da (indicare ciascun componente e la sua qualità):

cognome e nome

nato/a a	prov.	naz.	il
----------	-------	------	----

c.f.	p.IVA
------	-------

residente a	pr.	indirizzo
-------------	-----	-----------

iscritto a:	della Provincia di	num.
-------------	--------------------	------

in qualità di

(replicare in base alle esigenze)

(per tutte le tipologie di concorrente)

e di avvalersi dei seguenti consulenti/collaboratori:

cognome e nome

nato/a a	prov.	naz.	il
----------	-------	------	----

c.f.	p.IVA
------	-------

residente a	pr.	indirizzo
-------------	-----	-----------

qualifica professionale

competenza specialistica

natura della consulenza

cognome e nome

nato/a a

prov.

naz.

il

c.f.

p.IVA

residente a

pr.

indirizzo

qualifica professionale

competenza specialistica

natura della consulenza

cognome e nome

nato/a a

prov.

naz.

il

c.f.

p.IVA

residente a

pr.

indirizzo

qualifica professionale

competenza specialistica

natura della consulenza

(replicare in base alle esigenze)

DICHIARA

(per tutti i concorrenti eccettuato il concorrente in forma singola)

- che i rapporti con l'AOU saranno tenuti dal sottoscritto Rappresentante/Capogruppo:
Dott. _____

Ai fini concorsuali stabilisce quale recapito per tutte le comunicazioni:

Denominazione

Via/Piazza.....n°

Città.....Provincia.....

Tel.....Fax.....E-mail.....

Data

Firma

(Singolo professionista/lavoratore subordinato/legale rappresentante/capogruppo)

Firma *

(professionisti associati-raggruppati/componenti RTP non costituito)

1)*

2)*

3)*

AVVERTENZE

* La sottoscrizione vale quale domanda di partecipazione e quale nomina del capogruppo.

Il presente modulo deve essere compilato e sottoscritto, allegando la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000.