

**Appalto integrato per l'affidamento della progettazione esecutiva e l'esecuzione dei lavori di MESSA IN SICUREZZA DEGLI SPAZI DEL PLESSO OSPEDALIERO DI MARATEA DA ADIBIRE A POLO DI RIABILITAZIONE.**

## MODELLO 6

### PROPOSTA DI STRUTTURA OPERATIVA DEL SOGGETTO PROGETTISTA

Il soggetto \_\_\_\_\_  
con sede legale e domicilio fiscale in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_ Partita IVA n. \_\_\_\_\_  
Telefax \_\_\_\_\_, Telef. \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_  
nella persona del sottoscritto \_\_\_\_\_  
☐ Legale Rappresentante / ☐ Procuratore speciale / ☐ Altro \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, Frazione \_\_\_\_\_ ;

#### DICHIARA E ATTESTA

1. Che l'esecuzione del servizio sarà svolto dalle seguenti figure professionali:  
(N.B. ogni professionista indicato deve apporre la propria firma)

Nome, cognome, data e luogo di nascita	Ordine profess.	data iscriz.	n. iscriz.	Ruolo e funzioni nell'incarico	Firma

Tra i quali sono presenti i seguenti soggetti professionali:

- Responsabile dell'integrazione tra le varie prestazioni specialistiche: \_\_\_\_\_;
- Coordinatore della sicurezza in fase di progettazione: \_\_\_\_\_,

con titolo di abilitazione conseguito presso \_\_\_\_\_.

I componenti della struttura operativa dichiarano, assumendosene la piena responsabilità, di accettare l'esecuzione delle suddette prestazioni, di non partecipare in nessuna altra forma all'appalto integrato e/o nelle strutture operative proposte da altri soggetti concorrenti.

Per le società di ingegneria:

Nome, cognome, data e luogo di nascita	Ordine profess.	data iscriz.	n. iscriz.	Ruolo e funzioni	Firma
				Direttore tecnico	
				Firmatario dei livelli progettuali	

Indicazione del giovane professionista abilitato da meno di cinque anni \_\_\_\_\_

Dichiarano di essere informati che i dati personali raccolti saranno trattati dalla ASP di Potenza, anche con strumenti informatici, nel rispetto della disciplina dettata dal D.Lgs. 30.06.2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), ed esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firme

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

(luogo e data)

**IL SOGGETTO CONCORRENTE**

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma leggibile)

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma leggibile)

In caso di studi professionali associati

(timbro e firma leggibile)

**ASSOCIATO**

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma leggibile)

**ASSOCIATO**

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma leggibile)

**ASSOCIATO** Alle strutture operative proposte da  
altri soggetti concorrenti.

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma leggibile)

**NOTA BENE:**

*La dichiarazione dei singoli professionisti indicati deve essere corredata da fotocopia nitida e non autenticata di un documento d'identità.*

*La proposta di struttura operativa deve essere firmata dal rappresentante legale del concorrente;*

*In caso di studio associato, deve essere firmata da tutti gli associati.*

*In caso di raggruppamento temporaneo di concorrenti o di consorzio ordinario o di GEIE, costituito, deve essere firmata dal rappresentante legale del soggetto capogruppo o capofila.*

*In caso di raggruppamento temporaneo di concorrenti o di consorzio ordinario o di GEIE, costituendo, deve essere firmata da tutti i rappresentanti legali dei soggetti raggruppati o consorziati.*

*In caso di consorzio stabile, deve essere firmata dal consorzio e dai consorziati per conto dei quali il consorzio dichiara di concorrere.*

*Tutti i soggetti firmatari della proposta di struttura operativa devono allegare copia fotostatica nitida e non autenticata del documento d'identità.*