Modello 02 - DANNI LIEVI
Rev.0 – sett. 2021

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROFESSIONISTA

(dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Ordinanza n. 2 del 28/09/2021

Riparazione di edifici e unità immobiliari ad uso abitativo, danneggiati dagli eventi sismici del 16 agosto 2018, che hanno subito danni lievi

Il/La sottoscritto/a _____
nato a _____ (__) il ___/___/_____ con studio professionale in_____ (___) Via/Piazza/altro_____, n.____
codice fiscale |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|
partita IVA |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|
posta elettronica certificata _____e-mail _____
recapito tel _____ cell. _____
iscritto all'Ordine/Albo/Collegio di _____ (___) sez. _____ al n. _____
in qualità di tecnico incaricato per l'esecuzione delle seguenti prestazioni:

- □ **progettazione**
- □ **direzione lavori**

dal Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ (__) il _____, c.f. _____
[*ovvero*] dalla società/condominio _____ con sede in _____ (___) Via _____ n._____ c.f. _____

per l'immobile sito nel Comune di _____ (CB) Via _____ n. ____

consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR 445/2000, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione decadrà dai benefici e dalle autorizzazioni per le quali la dichiarazione è stata rilasciata, che alla data del sisma

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 DPR 445/2000

1. di essere in possesso dei **requisiti per l'espletamento dell'incarico** previsti dall'art. 17, commi 1 e 2 del D.L. 18.04.2019, n. 32, convertito, con modificazioni, dalla legge 14.06.2019, n. 55;
2. di essere dotato di idonea **copertura assicurativa** per i danni derivanti al cliente dall'esercizio professionale, stipulata con la Compagnia Assicurativa _____ polizza nr. _____ con scadenza al ___.___._____;
3. di non versare in situazione di potenziale **conflitto d'interessi** per avere essi, il coniuge, parenti ed affini entro il primo grado, eseguito verifiche per schede AeDES nel medesimo immobile

Luogo e data

Firma e Timbro
del professionista dichiarante