

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DI POSSESSO DEI REQUISITI PROFESSIONALI**

Modulo predisposto da CTM S.p.A. – U. O. Appalti e Contratti – CA / Tel.070-2091236

Pec: ctmapalti@legalmail.it

(Da restituire compilata e firmata con allegata una fotocopia del documento di identità)

I sottoscritt_

nat_a

il e residente a

in via/piazza n°

codice fiscale Tel.....

indirizzo di posta elettronica certificata

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R sopra citato, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti requisiti professionali:

- *Se il soggetto è un professionista o associazione tra professionisti*

a.1. Iscrizione da almeno 10 anni all'ordine degli Avvocati

.....

(indicare i dati identificativi dell'iscrizione)

a.2. iscrizione all'Albo degli Avvocati Cassazionisti

.....

(indicare i dati identificativi dell' iscrizione)

.....

(nel caso di associazione tra professionisti indicare il nominativo di almeno un avvocato iscritto)

- *Se il soggetto è una società di professionisti*

a.3 iscrizione nel registro delle imprese (da compilare se il soggetto è una società di professionisti)

a.1. iscrizione all'Albo degli Avvocati Cassazionisti

a.4 iscrizione da almeno 10 anni all'ordine degli Avvocati

.....

(indicare i dati identificativi dell'iscrizione)

a.5 iscrizione all'Albo degli Avvocati Cassazionisti di almeno uno degli Avvocati

.....
(indicare il nome di almeno uno degli Avvocati e i dati identificativi dell'iscrizione)

Luogo e data

Firma

.....