Modello A4 delocalizzazione **Rev.01 – dic 2020**	**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. 18** Delocalizzazione di edifici ad uso abitativo, produttivo e commerciale ricadenti nella Zona di Rispetto (ZR_{FAC}) della mappa pubblicata sul sito del Commissario Straordinario il 18 agosto 2020.

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*] dal condominio/società _____ con sede in _____ (___) Via _____ n.___ c.f. _____ per l'immobile sito nel Comune di _____ (CT) Via/Piazza/altro _____ 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;
4. di non trovarsi in condizioni ostative al rilascio del DURC.

Luogo e data

Firma e Timbro

del professionista dichiarante