

**REQUISITI PROFESSIONALI**  
**PER AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DA TECNICO FAUNISTICO PER**  
**L'AMBITO TERRITORIALE DI CACCIA DELLA PROVINCIA DI FOGGIA.**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(D.P.R. n.445 art. 46 del 28/12/2000)

Il sottoscritto ..... nato/a il .....  
a.....residente a.....  
via / Piazza .....  
Codice fiscale ..... Partita IVA.....  
Tel. .... Fax ..... Indirizzo e-mail .....  
PEC .....

In qualità di

**Singolo** professionista

**oppure**

**Soggetto indicato da** (ragione sociale) ..... con il seguente rapporto  
contrattuale .....

**DICHIARA**

**ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste  
dall'articolo 76 del medesimo decreto, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi  
indicate,**

di essere in possesso, ai fini dell'ammissione della candidatura, dei seguenti requisiti professionali specifici richiesti nell'Avviso esplorativo

1. Titolo di studio .....  
iscrizione all'Albo/collegio professionale .....  
della provincia di..... al numero .....

a) .....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

b) .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

c) .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*(Descrivere soltanto le prestazioni svolte per gli anni richiesti ai fini dell'ammissibilità della domanda).*

**Dichiara inoltre di essere a conoscenza che, ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs. n. 196/2003, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;**

**ALLEGA:**

*Fotocopia, fronte retro, non autenticata di un documento di identità*

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Professionista

\_\_\_\_\_