
ALLEGATO 1**Scheda di partecipazione (Art. 11 del bando)**

Il/La sottoscritto/a, Nome _____ Cognome _____
nato/a _____ (prov. di _____) il ___/___/____ residente a _____ prov.
di _____ Via _____ n° _____ c.a.p. _____
Cittadinanza _____ Telefono _____
E- mail _____ Codice Fiscale _____
Iscritto/a all'Ordine Architetti di _____ dal _____ n. _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al concorso di idee "Nuova vita all'Ospedale"

singolarmente in gruppo

e DICHIARA

che il progetto sarà presentato esclusivamente per il suddetto concorso e quindi non potrà essere oggetto di altri utilizzi per la durata della procedura concorsuale, di aver preso visione e di accettare integralmente il bando del concorso, di acconsentire al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. n.196/03 in materia di privacy e di autorizzare la pubblicazione degli elaborati progettuali su un'eventuale raccolta realizzata per l'occasione.

Data _____ Firma _____

Si allega fotocopia del documento di identità personale in corso di validità.

Si allega copia certificato iscrizione Ordine Architetti

Scheda di partecipazione altri componenti (se la partecipazione è in gruppo)

Nome _____ Cognome _____
nato/a _____ (prov. di _____) il ___/___/____ residente a _____ prov.
di _____ Via _____ n° _____ c.a.p. _____
Cittadinanza _____ Telefono _____
E- mail _____ Codice Fiscale _____
Iscritto/a all'Ordine Architetti di _____ dal _____ n. _____

Nome _____ Cognome _____
nato/a _____ (prov. di _____) il ___/___/____ residente a _____ prov.
di _____ Via _____ n° _____ c.a.p. _____
Cittadinanza _____ Telefono _____
E- mail _____ Codice Fiscale _____
Iscritto/a all'Ordine Architetti di _____ dal _____ n. _____

Nome _____ Cognome _____
nato/a _____ (prov. di _____) il ___/___/____ residente a _____ prov.
di _____ Via _____ n° _____ c.a.p. _____
Cittadinanza _____ Telefono _____
E- mail _____ Codice Fiscale _____
Iscritto/a all'Ordine Architetti di _____ dal _____ n. _____

Nome _____ Cognome _____
nato/a _____ (prov. di _____) il ___/___/____ residente a _____ prov.
di _____ Via _____ n° _____ c.a.p. _____
Cittadinanza _____ Telefono _____
E- mail _____ Codice Fiscale _____
Iscritto/a all'Ordine Architetti di _____ dal _____ n. _____

Si allega fotocopia del documento di identità personale in corso di validità di ciascun componente del gruppo.