ALLEGATO 2 **"VERIFICA PROGETTAZIONE - RICOSTRUZIONE OSPEDALE DI AMATRICE (RI)"**

ELENCO REQUISITI DI PARTECIPAZIONE								
In questa tabella devono essere riportati n. 2 servizi di verifica di progetti e/o di progettazione e/o di direzione lavori, relativi a lavori di importo ciascuno almeno pari al cinquanta per cento di quelli oggetto dell'appalto da affidare								
Progr.	Committente	Oggetto dell'intervento	mese/anno e durata della prestazione professionale	**Classe e Categoria delle opere oggetto di prestazione professionale (E.10-S.03 - IA.01-IA.02 - IA.03)**	**Classe e Categoria** delle opere oggetto di prestazione professionale **equivalenti o di grado di complessità superiore** a quelle indicate nella manifestazione di interesse	**Importo delle SINGOLE Classi e Categorie** delle opere oggetto di prestazione professionale	**Servizi professionali svolti**	**Professionista incaricato**
1								