

ATTENZIONE: Da compilare su carta intestata del Professionista

DICHIARAZIONE ASSENZA SINISTRI

Agli effetti di quanto disposto dagli Artt. 1892-1893 C.C. il sottoscritto..... dichiara di non aver ricevuto alcuna Richiesta di Risarcimento in ordine a comportamenti colposi, né di essere a conoscenza di Circostanze che possano far supporre il sorgere dell'obbligo di risarcimento, per fatto a lui imputabile, in relazione al rilascio del visto di conformità ai sensi dell'art. 35, comma 1, lettera a) del D.Lgs. 9 luglio 1997 n. 241 e successive disposizioni ai sensi del D.L. 78/2009 Art. 10 – comma 7.

Cognome e Nome

Data.....

Firma.....