Pratica edilizia .....

del /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Protocollo .....

da compilare a cura del SUE/SUAP

SOGGETTI COINVOLTI

***1. TITOLARI** (compilare solo in caso di più di un titolare – sezione ripetibile)*

Cognome e Nome ..... codice fiscale /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

in qualità di [1] ..... della ditta / società [1] .....

con codice fiscale / p. IVA [1] /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

nato a ..... prov. /__/__/ stato ..... nato il /__/__/__/__/__/__/__/__/

residente in ..... prov. /__/__/ stato .....

indirizzo ..... n. ..... C.A.P. /__/__/__/__/__/__/

PEC / posta elettronica ..... Telefono fisso / cellulare .....

(1) Da compilare solo nel caso in cui il titolare sia una ditta o società

***2. TECNICI INCARICATI** (compilare obbligatoriamente)*

Progettista delle opere architettoniche (sempre necessario)

☐ incaricato anche come direttore dei lavori delle opere architettoniche

Cognome e Nome ..... codice fiscale /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

nato a ..... prov. /__/__/ stato ..... nato il /__/__/__/__/__/__/__/__/

residente in ..... prov. /__/__/ stato .....

indirizzo ..... n. ..... C.A.P. /__/__/__/__/__/__/

con studio in ..... prov. /__/__/ stato .....

indirizzo ..... n. ..... C.A.P. /__/__/__/__/__/__/

Iscritto all'ordine/collegio ..... di ..... al n. /__/__/__/__/__/__/

Telefono ..... fax. ..... cell. .....

posta elettronica certificata .....

Le sezioni e le informazioni che possono variare sulla base della diversa legislazione regionale sono contrassegnate con un asterisco (*).

Direttore dei lavori delle opere architettoniche (solo se diverso dal progettista delle opere architettoniche)

Cognome e Nome codice fiscale

nato a prov. stato nato il

residente in prov. stato

indirizzo n. C.A.P.

con studio in prov. stato

indirizzo n. C.A.P.

Iscritto all'ordine/collegio di al n.

Telefono fax. cell.

posta elettronica certificata

Progettista delle opere strutturali (solo se necessario)

☐ incaricato anche come direttore dei lavori delle opere strutturali

Cognome e Nome codice fiscale

nato a prov. stato nato il

residente in prov. stato

indirizzo n. C.A.P.

con studio in prov. stato

indirizzo n. C.A.P.

Iscritto all'ordine/collegio di al n.

Telefono fax. cell.

posta elettronica certificata

Direttore dei lavori delle opere strutturali (solo se diverso dal progettista delle opere strutturali)

Cognome e Nome codice fiscale

nato a prov. stato nato il

residente in prov. stato

indirizzo n. C.A.P.

con studio in prov. stato

indirizzo n. C.A.P.

Iscritto all'ordine/collegio di al n.

Telefono ..... fax. ..... cell. .....

posta elettronica certificata .....

Altri tecnici incaricati (la sezione è ripetibile in base al numero di altri tecnici coinvolti nell'intervento)

Incaricato della ..... (ad es. progettazione degli impianti/certificazione energetica, ecc.)

Cognome e Nome ..... codice fiscale /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

nato a ..... prov. /_/_/ stato ..... nato il /_/_/_/_/_/_/_/_/

residente in ..... prov. /_/_/ stato .....

indirizzo ..... n. ..... C.A.P. /_/_/_/_/_/

con studio in ..... prov. /_/_/ stato .....

indirizzo ..... n. ..... C.A.P. /_/_/_/_/_/

(se il tecnico è iscritto ad un ordine professionale)

Iscritto all'ordine/collegio ..... di ..... al n. /_/_/_/_/_/

(se il tecnico è dipendente di un'impresa)

Dati dell'impresa

Ragione sociale .....

codice fiscale / p. IVA /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Iscritta alla C.C.I.A.A. di ..... prov. /_/_/ n. /_/_/_/_/_/_/_/_/

con sede in ..... prov. /_/_/ stato .....

indirizzo ..... n. ..... C.A.P. /_/_/_/_/_/

il cui legale rappresentante è .....

Estremi dell'abilitazione (se per lo svolgimento dell'attività oggetto dell'incarico è richiesta una specifica autorizzazione iscrizione in albi e registri)

.....

Telefono ..... fax. ..... cell. .....

posta elettronica certificata .....

3. *IMPRESE ESECUTRICI*

(compilare in caso di affidamento dei lavori ad una o più imprese – sezione ripetibile)

Ragione sociale .....

codice fiscale / p. IVA /__/

Iscritta alla C.C.I.A.A. di ..... prov. /__/__/ n. /__/__/__/__/__/__/__/ con sede in .....

prov. /__/__/ stato ..... indirizzo ..... n. .....

C.A.P. /__/__/__/__/__/ il cui legale rappresentante è .....

codice fiscale /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ nato a ..... prov. /__/__/

stato ..... nato il /__/__/__/__/__/__/__/__/ Telefono .....

fax. ..... cell. ..... posta elettronica .....

Dati per la verifica della regolarità contributiva

☐ Cassa edile sede di .....

codice impresa n. ..... codice cassa n. .....

☐ INPS sede di .....

Matr./Pos. Contr. n. .....

☐ INAIL sede di .....

codice impresa n. ..... pos. assicurativa territoriale n. .....

Data e luogo

Il/I Dichiarante/i

INFORMATIVA SULLA PRIVACY (ART. 13 del d.lgs. n. 196/2003)

Il d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") tutela le persone e gli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall'art. 13 del Codice, si forniscono le seguenti informazioni:

Finalità del trattamento. I dati personali saranno utilizzati dagli uffici nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Modalità del trattamento. I dati saranno trattati dagli incaricati sia con strumenti cartacei sia con strumenti informatici a disposizione degli uffici.

Ambito di comunicazione. I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti della Legge 7 agosto 1990, n. 241 ("Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi") ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71 del d.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 ("Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa").

Diritti. L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, di rettifica, di aggiornamento e di integrazione dei dati come previsto dall'art. 7 del d.lgs. n. 196/2003. Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte al SUAP/SUE.

Titolare del trattamento: SUAP/SUE di .....