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 _____

FACSIMILE

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

FAC-SIMILE

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.

FACSIMILE

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. _____

FACSIMILE

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 di Polignano a Mare

FAC SIMILE