ULTERIORE DOCUMENTAZIONE PER LA PRESENTAZIONE DI ALTRE COMUNICAZIONI, SEGNALAZIONI, ASSEVERAZIONI O NOTIFICHE (SCIA UNICA)			
☐	Documentazione necessaria per la presentazione di altre comunicazioni, segnalazione (specificare)	2)	
RICHIESTA DI ACQUISIZIONE DI ATTI DI ASSENSO			
☐	Documentazione necessaria per il rilascio di atti di assenso obbligatori ai sensi delle normative di settore (specificare)	3)	

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

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 architettoniche (solo se necessario e 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 _____

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. _____

Il/I Dichiarante/i

_____