

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 _____

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. _____

postea 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 /__/_/__/_/__/_/

resistente 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 _____ di _____ al n. ____/____/____/____/____/____

(se il tecnico è dipendente di un'impresa)

Dati dell'impresa

Ragione sociale _____

codice fiscale /
p. IVA

Iscritta alla _____ 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. IMPIEGHI ESISTENTI
(compilare in caso di affidamento dei lavori ad una o più imprese – sezione ripetibile)

fax. cell. posta elettronica

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

II/I Dichiarante/i

Titolare del trattamento: SUAP/SUE di