

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)

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

posta elettronica certificata

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

nato a _____ prov. |__|__| stato _____ nato il |__|__|__|__|__|__|__|__|

indirizzo n. C.A.P. | | | | |

indirizzo _____ n. _____ C.A.P. | | | | |

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

--	--	--	--	--

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

(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