

ALLEGATO M



REGIONE TOSCANA
Giunta Regionale

Titolare: SUAP/SUE di _____

Pratica edilizia	_____
del	_____
Protocollo	_____

N.B. Il presente allegato è comune ai seguenti moduli:

modulo di Permesso di costruire

modulo di Scia edilizia

Moduli di Comunicazione di inizio lavori asseverata (CILA)

modulo di Comunicazione di inizio lavori (CIL)

SOGGETTI COINVOLTI

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

Cognome e Nome	_____			
codice fiscale	/ /			
nato a	_____	prov.	_____	stato _____
nato il	_____			
residente in	_____	prov.	_____	stato _____
indirizzo	_____	n.	_____	C.A.P. _____
posta elettronica	_____			
Cognome e Nome	_____			
codice fiscale	/ /			
nato a	_____	prov.	_____	stato _____
nato il	_____			

residente in	_____	prov.	_____	stato	_____
indirizzo	_____	n.	_____	C.A.P.	_____
posta elettronica	_____				
Cognome e Nome	_____				
codice fiscale	/ /				
nato a	_____	prov.	_____	stato	_____
nato il	_____				
residente in	_____	prov.	_____	stato	_____
indirizzo	_____	n.	_____	C.A.P.	_____
posta elettronica	_____				

2. TECNICI INCARICATI (da compilare obbligatoriamente in caso di Permesso di Costruire, SCIA, CILA)

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

_____ *Firma per accettazione incarico*

Direttore dei lavori delle opere architettoniche¹ *(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/collegi
o

_____ di _____ al n. _____

Telefono

_____ fax. _____ cell. _____

posta elettronica
certificata

_____ *Firma per accettazione incarico*

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 _____

¹ Non compilare in caso di CILA

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

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

Telefono _____ fax. _____ cell. _____

posta elettronica certificata _____
Firma per accettazione incarico

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 _____
Firma per accettazione incarico

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/esecuzione del Piano di Utilizzo, 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 _____
Firma per accettazione incarico

3. IMPRESE ESECUTRICI *(compilare in caso di affidamento dei lavori ad una o più imprese)*

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 _____

Firma per accettazione incarico

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. _____

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 _____

Firma per accettazione incarico

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. _____

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 _____

Firma per accettazione incarico

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. _____