

## 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	_____		



posta elettronica certificata \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Firma per accettazione incarico*

**Direttore dei lavori delle opere architettoniche<sup>1</sup>** *(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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *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 \_\_\_\_\_

---

<sup>1</sup> Non compilare in caso di CILA





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 \_\_\_\_\_



INPS sede di \_\_\_\_\_

Matr./Pos. Contr. n. \_\_\_\_\_

INAIL sede di \_\_\_\_\_

codice impresa n. \_\_\_\_\_ pos. assicurativa territoriale n. \_\_\_\_\_