

ALLEGATO E



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			

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. _____

q INPS sede di _____

Matr./Pos. Contr. n. _____

q INAIL sede di _____

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