

(pubblicata sul BURP Regione Puglia n. 72 suppl. del 22.06.2017)

D. SOGGETTI COINVOLTI

COMUNE AI MODULI:

- CILA
- SCIA
- SCIA ALTERNATIVA AL P.D.C.
- COMUNICAZIONE DI INIZIO LAVORI (PER OPERE DIRETTE A SODDISFARE OBIETTIVE ESIGENZE CONTINGENTI E TEMPORANEE)

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

Telefono _____ fax. _____ cell. _____

posta 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 | | | | | | | | | |

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. | | | | | |
o _____

(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 certificata _____

3. IMPRESE ESECUTRICI

(compilare in caso di affidamento dei lavori ad una o più imprese – sezione ripetibile)

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 _____

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. _____

Data e luogo

Il/I Dichiarante/i

INFORMATIVA SULLA PRIVACY ([ART. 13 del d.lgs. n. 196/2003](#))

Il d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (“Codice in materia di protezione dei dati personali”) tutela le persone e gli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall’art. 13 del Codice, si forniscono le seguenti informazioni:

Finalità del trattamento. I dati personali saranno utilizzati dagli uffici nell’ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Modalità del trattamento. I dati saranno trattati dagli incaricati sia con strumenti cartacei sia con strumenti informatici a disposizione degli uffici.

Ambito di comunicazione. I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti della Legge 7 agosto 1990, n. 241 (“Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”) ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71 del d.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 (“Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa”).

Diritti. L’interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, di rettifica, di aggiornamento e di integrazione dei dati come previsto dall’art. 7 del d.lgs. n. 196/2003. Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte al SUAP/SUE.

Titolare del trattamento: SUAP/SUE di LATIANO