

nato il

residente in prov. stato

indirizzo C.A.P.

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

Tutti i soggetti coinvolti in questo procedimento sono tenuti a firmarlo digitalmente prima di allegarlo al sistema telematico <COMUNI UNICO>. Se più di uno utilizzare la modalità di controfirma.

Direttore dei lavori delle opere architettoniche *(solo se diverso dal progettista delle opere architettoniche)*

Cognome e
Nome

codice fiscale

nato a prov. stato

nato il

residente in prov. / / stato

indirizzo C.A.P.

con studio in prov. / / stato

indirizzo C.A.P.

Iscritto all'ordine/collegio di al n.

Telefono fax. cell.

posta elettronica certificata

Tutti i soggetti coinvolti in questo procedimento sono tenuti a firmarlo digitalmente prima di allegarlo al sistema telematico <COMUNI UNICO>. Se più di uno utilizzare la modalità di controfirma.

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

indirizzo n. C.A.P.

Iscritto all'ordine/collegio di al n.

Telefono fax. cell.

posta elettronica certificata

Tutti i soggetti coinvolti in questo procedimento sono tenuti a firmarlo digitalmente prima di allegarlo al sistema telematico <COMUNI UNICO>. Se più di uno utilizzare la modalità di controfirma.

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

Tutti i soggetti coinvolti in questo procedimento sono tenuti a firmarlo digitalmente prima di allegarlo al sistema telematico <COMUNI UNICO>. Se più di uno utilizzare la modalità di controfirma.

Altri tecnici incaricati(la sezione è ripetibile in base al numero di altri tecnici coinvolti nell'intervento)

Incaricato della

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)

Isritto

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

Tutti i soggetti coinvolti in questo procedimento sono tenuti a firmarlo digitalmente prima di allegarlo al sistema telematico <COMUNI UNICO>. Se più di uno utilizzare la modalità di controfirma.

Tecnici delegati (la sezione è ripetibile in base al numero di altri tecnici delegati)

Delegato all'invio telematico della presente istanza e degli atti ad essa allegati

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.

_____|_____|_____|_____|_____|

codice impresa n.

pos. assicurativa territoriale n.

Ragione sociale

codice fiscale /
p. IVA

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Iscritta alla
C.C.I.A.A. di

prov. ____|____| n. ____|_____|_____|_____|_____|_____|

prov. ____|____| stato

con sede in

indirizzo

n.

C.A.P. ____|_____|_____|_____|

il cui legale
rappresentante è

codice fiscale

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

nato a

prov. ____|____| stato

nato il

_____|_____|_____|_____|_____|

Telefono

fax.

cell.

posta elettronica

Tutti i soggetti coinvolti in questo procedimento sono tenuti a firmarlo digitalmente prima di allegarlo al sistema telematico <COMUNI UNICO>. Se più di uno utilizzare la modalità di controfirma.

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. ____|_____|_____|_____|_____|_____|

prov. ____|____| stato

con sede in

