

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. _____

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

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

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. _____
o _____

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 _____

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. _____