

Allegato B. SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA'

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. _____

TABELLA B – ADEMPIMENTI PREVISTI D. LGS. 81/2008

CASI		ADEMPIMENTI				
N. imprese	Uomini/ Giorno (u/g)	Verifica Documentazione	Invio Notifica Preliminare	Nomina Coordinatore Progettazione	Nomina Coordinatore Esecuzione	Piano di Sicurezza e Fascicolo opera (a cura del Coordinatore)
1	Meno di 200 u/g	SI	NO	NO	NO	NO
1	Più di 200 u/g	SI	SI	NO	NO	NO
2 o più imprese	_____	SI	SI	SI	SI	SI