

Pratica edilizia	_____
del	_____
Protocollo	_____

## 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 \_\_\_\_\_  
 in qualità di  Proprietario/Comproprietario  Nudo proprietario  Usufruttuario  altro (specificare)  
 \_\_\_\_\_ per atto del Notaio \_\_\_\_\_ rep. \_\_\_\_\_ racc. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.  
 Delega l'istante alla presentazione della segnalazione certificata di inizio attività  
 Firma: \_\_\_\_\_  
 allegare documento di identità come da art. 38 del DPR445/2000  
  
 Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
 codice fiscale \_\_\_\_\_  
 nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ stato \_\_\_\_\_  
 nato il \_\_\_\_\_  
 residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ stato \_\_\_\_\_



### Allegato B. SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA'

nato a	_____	prov. <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	stato	_____
nato il	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
residente in	_____	prov. <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	stato	_____
indirizzo	_____ n. _____		C.A.P.	_ _ _ _ _ _ _
con studio in	_____	prov. <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	stato	_____
indirizzo	_____ n. _____		C.A.P.	_ _ _ _ _ _ _
Iscritto all'ordine/collegio	_____	di	_____	al n.  _ _ _ _ _ _ _
Telefono	_____	fax.	_____	cell. _____
posta elettronica certificata	_____	_____ <i>Firma per accettazione incarico</i>		
<b>Direttore dei lavori delle opere architettoniche</b> (solo se diverso dal progettista delle opere architettoniche)				
Cognome e Nome	_____			
codice fiscale	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
nato a	_____	prov. <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	stato	_____
nato il	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
residente in	_____	prov. <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	stato	_____
indirizzo	_____ n. _____		C.A.P.	_ _ _ _ _ _ _
con studio in	_____	prov. <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	stato	_____
indirizzo	_____ n. _____		C.A.P.	_ _ _ _ _ _ _
Iscritto all'ordine/collegio	_____	di	_____	al n.  _ _ _ _ _ _ _
Telefono	_____	fax.	_____	cell. _____
posta elettronica certificata	_____	_____ <i>Firma per accettazione incarico</i>		





## Allegato B. SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA'

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. \_\_\_\_\_

Allegato B. SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA'

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 \_\_\_\_\_

## 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