



In allegato alla dichiarazione di  
Codice fiscale

## Soggetti coinvolti nel procedimento

### Il titolare

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

in relazione al procedimento indicato nel modulo principale, di aver affidato i seguenti incarichi ai soggetti di seguito elencati.

**TITOLARI** (compilare solo in caso di più di un titolare)

Cognome	Nome	Codice Fiscale			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Stato		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Residenza	Indirizzo		Civico	SNC	CAP
Provincia	Comune	Stato	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono fisso/cellulare	Domicilio digitale (*)		<input type="text"/>		

### progettista delle opere architettoniche o tecnico rilevatore

non è prevista la nomina del progettista o tecnico rilevatore

il progettista o tecnico rilevatore incaricato è

Titolo	Cognome	Nome	Codice Fiscale		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Stato		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Albo o Ordine	Provincia	Numero iscrizione			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Residenza	Indirizzo		Civico	SNC	CAP
Provincia	Comune	Stato	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sede Professionale	Indirizzo		Civico	SNC	CAP
Provincia	Comune	Stato	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Domicilio digitale (*)			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

**progettista delle opere strutturali**

Titolo		Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Luogo di nascita		Provincia	Stato		
Albo o Ordine				Provincia	Numero iscrizione		
<b>Residenza</b>							
Provincia	Comune	Stato		Indirizzo	Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
<b>Sede Professionale</b>							
Provincia	Comune	Stato		Indirizzo	Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Domicilio digitale (*)			

**direttore dei lavori delle opere architettoniche**

- non è prevista la nomina del direttore dei lavori delle opere architettoniche
- comunicherà il nominativo del direttore dei lavori delle opere architettoniche prima dell'inizio dei lavori

**il direttore dei lavori delle opere architettoniche incaricato è**

Titolo		Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Luogo di nascita		Provincia	Stato		
Albo o Ordine				Provincia	Numero iscrizione		
<b>Residenza</b>							
Provincia	Comune	Stato		Indirizzo	Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
<b>Sede Professionale</b>							
Provincia	Comune	Stato		Indirizzo	Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Domicilio digitale (*)			

**direttore dei lavori delle opere strutturali**

Titolo		Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Luogo di nascita		Provincia	Stato		
Albo o Ordine				Provincia	Numero iscrizione		
<b>Residenza</b>							
Provincia	Comune	Stato		Indirizzo	Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
<b>Sede Professionale</b>							
Provincia	Comune	Stato		Indirizzo	Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Domicilio digitale (*)			

**responsabile servizio prevenzione e protezione (RSPP)**

Titolo		Cognome		Nome		Codice Fiscale		
Data di nascita		Luogo di nascita		Provincia	Stato			
Albo o Ordine				Provincia	Numero iscrizione			
Residenza								
Provincia	Comune		Stato	Indirizzo		Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Sede Professionale								
Provincia	Comune		Stato	Indirizzo		Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Domicilio digitale (*)				

**professionista incaricato della certificazione energetica**

Titolo		Cognome		Nome		Codice Fiscale		
Data di nascita		Luogo di nascita		Provincia	Stato			
Albo o Ordine				Provincia	Numero iscrizione			
Residenza								
Provincia	Comune		Stato	Indirizzo		Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Sede Professionale								
Provincia	Comune		Stato	Indirizzo		Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Domicilio digitale (*)				

*(il professionista incaricato della certificazione energetica non può svolgere anche le funzioni di progettista delle opere architettoniche, progettista delle opere strutturali, direttore dei lavori delle opere architettoniche, direttore dei lavori delle opere strutturali, responsabile servizio prevenzione e protezione, coordinatore sicurezza e salute durante la progettazione dell'intervento, coordinatore sicurezza e salute durante l'esecuzione dell'intervento e rappresentante dell'impresa esecutrice)*

**responsabile del cantiere**

Titolo		Cognome		Nome		Codice Fiscale		
Data di nascita		Luogo di nascita		Provincia	Stato			
Albo o Ordine				Provincia	Numero iscrizione			
Residenza								
Provincia	Comune		Stato	Indirizzo		Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Sede Professionale								
Provincia	Comune		Stato	Indirizzo		Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Domicilio digitale (*)				

**responsabile dei lavori**

Titolo		Cognome		Nome		Codice Fiscale		
Data di nascita		Luogo di nascita		Provincia	Stato			
Albo o Ordine				Provincia	Numero iscrizione			
Residenza								
Provincia	Comune		Stato	Indirizzo		Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Sede Professionale								
Provincia	Comune		Stato	Indirizzo		Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Domicilio digitale (*)				

**coord. sicurezza e salute progettazione intervento (CSP)**

Titolo		Cognome		Nome		Codice Fiscale		
Data di nascita		Luogo di nascita		Provincia	Stato			
Albo o Ordine				Provincia	Numero iscrizione			
Residenza								
Provincia	Comune		Stato	Indirizzo		Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Sede Professionale								
Provincia	Comune		Stato	Indirizzo		Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Domicilio digitale (*)				

**coord. sicurezza e salute esecuzione intervento (CSE)**

Titolo		Cognome		Nome		Codice Fiscale		
Data di nascita		Luogo di nascita		Provincia	Stato			
Albo o Ordine				Provincia	Numero iscrizione			
Residenza								
Provincia	Comune		Stato	Indirizzo		Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Sede Professionale								
Provincia	Comune		Stato	Indirizzo		Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Domicilio digitale (*)				

**geologo**

Titolo		Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Luogo di nascita		Provincia	Stato		
Albo o Ordine				Provincia	Numero iscrizione		
Residenza							
Provincia	Comune	Stato		Indirizzo	Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Sede Professionale							
Provincia	Comune	Stato		Indirizzo	Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Domicilio digitale (*)			

 **tecnico abilitato in acustica**

Titolo		Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Luogo di nascita		Provincia	Stato		
Albo o Ordine				Provincia	Numero iscrizione		
Residenza							
Provincia	Comune	Stato		Indirizzo	Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Sede Professionale							
Provincia	Comune	Stato		Indirizzo	Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Domicilio digitale (*)			

### professionista incaricato per l'efficienza energetica

Titolo		Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Luogo di nascita		Provincia	Stato		
Albo o Ordine				Provincia	Numero iscrizione		
Residenza							
Provincia	Comune	Stato	Indirizzo		Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Sede Professionale							
Provincia	Comune	Stato	Indirizzo		Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Domicilio digitale (*)			

### altri tecnici incaricati

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

Titolo		Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Luogo di nascita		Provincia	Stato		
Albo o Ordine				Provincia	Numero iscrizione		
Residenza							
Provincia	Comune	Stato	Indirizzo		Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Sede Professionale							
Provincia	Comune	Stato	Indirizzo		Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Domicilio digitale (*)			

**impresa esecutrice** non è prevista alcuna impresa esecutrice comunicherà il nominativo dell'impresa esecutrice prima dell'inizio dei lavori lavori eseguiti da impresa esecutrice rappresentata da

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Stato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Telefono fisso/cellulare	Domicilio digitale (*)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**in qualità di** *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo

Denominazione/Ragione sociale	Tipologia
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sede legale

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Codice Fiscale	Partita IVA
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Telefono fisso/cellulare	Domicilio digitale (*)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio	Provincia	Numero Iscrizione
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Dati per la verifica della regolarità contributiva**

Cassa edile

Sede di	Codice impresa	Codice cassa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INPS

Sede di	Matr./Pos Contributiva n.
<input type="text"/>	<input type="text"/>

INAIL

Sede di	Codice impresa	Pos. assicurativa territoriale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

ulteriori soggetti coinvolti nel procedimento

copia dei documenti d'identità

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

Casale Marittimo			
<b>Luogo</b>	<b>Data</b>	<b>il dichiarante</b>	<b>il contitolare</b>
<b>il progettista architettonico</b>	<b>il progettista strutturale</b>	<b>il direttore dei lavori</b>	<b>il direttore dei lavori strutturale</b>
<b>il responsabile servizio prevenzione e protezione (RSPP)</b>	<b>il professionista incaricato della certificazione energetica</b>	<b>il responsabile del cantiere</b>	<b>il responsabile dei lavori</b>
<b>il coord. sicurezza e salute progettazione intervento (CSP)</b>	<b>il coord. sicurezza e salute esecuzione intervento (CSE)</b>	<b>il geologo</b>	<b>il tecnico abilitato in acustica</b>
<b>il professionista incaricato per l'efficienza energetica</b>	<b>l'altro tecnico incaricato</b>	<b>il costruttore</b>	